

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 8

DE LA

MYOMECTOMIE ABDOMINALE

DANS LE

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 novembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius BONIER

EX-INTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON

Né à Clermont (Haute-Savoie), le 31 octobre 1874.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9

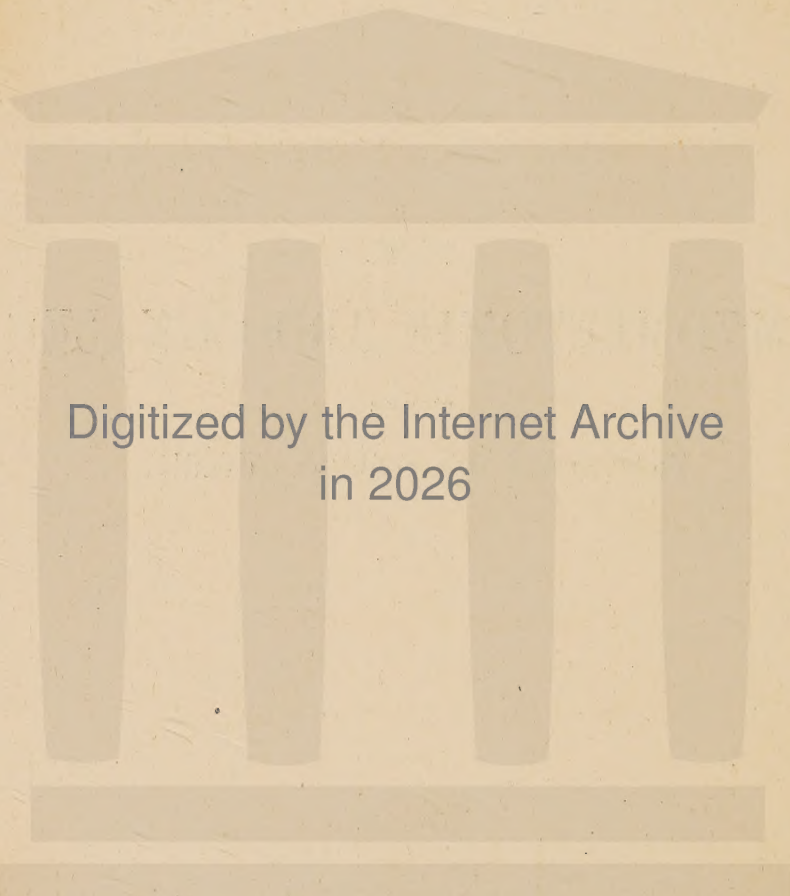
—
1904

DE LA

MYOMECTOMIE ABDOMINALE

DANS LE

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546722_0007

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 8

DE LA

MYOMECTOMIE ABDOMINALE

DANS LE

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 novembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius BONIER

EX-INTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON

Né à Clermont (Haute-Savoie), le 31 octobre 1874.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAudeau.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		X...
Physique médicale.		AUGAGNEUR.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		X...
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale.		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	BERARD. —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. BORDIER.	MM. REGAUD.	MM. GAYET.
PIC.	COURMONT (P.)	CAUSSE.	MOREL.
PAVIOT.	CHATIN.	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE.
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	CHARVET.	NICOLAS.
BERARD.	TIXIER.	COMMANDEUR.	PATEL.
SAMBUC.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M.), *Président*; NOVÉ-JOSSERAND, *Assesseur*;
MM. BÉRARD et VILLARD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur MAURICE POLLOSSON

CHIRURGIEN MAJOR A L'HÔTEL-DIEU

A Monsieur le Docteur GOULLIoud

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux que l'usage nous permette, au début de ce travail, d'adresser notre plus vive reconnaissance à nos chers Parents, à nos Maîtres, qui nous ont guidé pendant tout le temps de notre éducation médicale et à nos chers Amis, dont nous garderons un si bon souvenir.

A la Faculté de médecine se rattache surtout la pensée de nos premières années d'études ; nous n'oublions point les leçons que nous y avons reçues et à tous nos Professeurs nous adressons de sincères remerciements.

Dans les hôpitaux, nous avons trouvé un enseignement des plus précieux et des marques de sympathie qui nous ont souvent touché. A tous ces Maîtres dévoués qui nous les ont prodigués, nous affirmons nos sentiments de gratitude et de dévouement.

Nous remercions particulièrement M. le professeur agrégé Nové-Josserand, chirurgien des hôpitaux, pour l'enseignement si clinique que nous avons reçu dans son service, pendant presque une année.

Nous exprimons également notre profonde gratitude à M. le professeur agrégé Siraud dont nous avons apprécié la bienveillance à notre égard dans plusieurs circonstances.

Nous nous rappellerons toujours l'obligeance de M. Chapet, médecin des hôpitaux, pendant le temps trop court que nous avons passé dans son service, notre reconnaissance lui est acquise.

Nos dernières années d'études se sont passées à l'hôpital Saint-Joseph. Nous ne savons comment exprimer aux maîtres si dévoués dont nous avons été tour à tour l'interne, les sentiments que nous éprouvons à leur égard.

Que M. le docteur Clément veuille bien croire à notre vif attachement et à notre sincère reconnaissance pour l'enseignement si clinique et si pratique qu'il nous a donné avec tant de bienveillance.

M. le docteur Rafin fut pour nous un maître dont nous nous rappellerons, non seulement l'enseignement chirurgical si précieux, qu'il nous a donné avec tant de dévouement, mais aussi la bonté qu'il nous a toujours prodiguée si cordialement. Qu'il nous permette ici de l'assurer de notre sincère reconnaissance.

Que M. le docteur Chaballier, toujours très obligeant pour nous, soit assuré que nous garderons un excellent souvenir des trop courts moments passés auprès de lui.

C'est à M. le docteur Goullioud que nous devons le meilleur de nos connaissances chirurgicales. Par les multiples ressources de son enseignement et sa grande expérience, il nous a fait aimer la chirurgie. Il nous a toujours accueilli avec une grande cordialité. C'est à lui que nous devons le sujet de notre thèse. Il a bien voulu nous fournir les documents nécessaires pour entreprendre ce travail. Pour l'aide si utile qu'il nous a prêtée,

nous le prions d'accepter nos remerciements les plus sincères et notre respectueuse affection.

M. le professeur Maurice Pollosson nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance.

Chez nos collègues d'internat nous avons trouvé une amitié solide et une affection véritable : j'emporte des années que nous avons passées ensemble le souvenir le plus agréable.

INTRODUCTION

Pendant le temps où nous étions l'interne de notre distingué maître, M. Goullioud, à l'hôpital Saint-Joseph, nous avons eu l'occasion de voir opérer et de suivre un certain nombre de malades atteintes de fibromes utérins et sur lesquelles le traitement conservateur avait pu être employé.

Observant le bon résultat immédiat et lointain de la myomectomie chez ses opérées, dont les plus anciennes remontent à plus de huit années déjà, M. Goullioud nous proposa d'étudier la question et d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons accepté avec plaisir cette offre et nous avons essayé de faire des recherches aussi nombreuses que possible sur ce point de pratique gynécologique. Dans ce travail, que nous présentons aujourd'hui, nous n'avons pas la prétention d'avoir fait une œuvre savante; son but, si nous pouvons l'atteindre, est de montrer les bons résultats auxquels peut conduire la chirurgie conservatrice de l'utérus et d'essayer de lui faire prendre une place plus grande à côté des opérations mutilantes, peut-être trop généralisées. Quoique la myomectomie soit aujourd'hui une question à l'ordre du jour, ce n'est pas cependant une question nouvelle.

Nous avons montré, dans ce travail, son évolution historique générale, son origine déjà lointaine, sa lente mais certaine progression, au milieu de la gloire des opérations radicales. Nous croyons que la myomectomie, pour le traitement des fibromes utérins, deviendra de plus en plus la voie de l'avenir.

Nous avons essayé d'en préciser les indications. Nous avons exposé les raisons qui militent le mieux en sa faveur et, heureux nous serons si, dans l'avenir, grâce à notre travail, de plus nombreux utérus pourraient trouver grâce devant les chirurgiens, laissant ainsi à des femmes la possibilité de leur vie génitale normale, sans laquelle elles se trouvent être des êtres si étranges aux points de vue psychique et social.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les premières extirpations de fibromes sous-péritonéaux pédiculés, furent tentées par Granville (1837), qui subit un échec ; Atlée et Leanè (1844), furent plus heureux. Clay et Heath (1843), furent les premiers qui allèrent jusqu'à pratiquer l'amputation partielle de l'utérus. En 1853, Burnham les imitait.

Mais la première énucléation par voie abdominale ne fut faite qu'en 1863, par Spencer Wells. En 1874, Spielgelberg énucléa aussi un fibrome par l'abdomen : il draina la loge déshabillée de la tumeur, referma le ventre et sa malade succombait, deux semaines après, d'une péritonite septique.

En 1878, le professeur Martin (de Berlin) fait, au Congrès de Cassel, une communication importante à ce sujet et l'on peut dire que c'est lui surtout qui a préconisé et bien réglé cette opération transpéritonéale, aussi la nomme-t-on souvent : « opération de Martin ».

En 1893, il publiait une statistique qui s'élevait à 141 opérations de ce genre, à la suite desquelles, les malades ayant été revues longtemps après, il n'eut que 4 récidives.

Martin ne redoutait pas l'ouverture de la cavité utérine.

En Allemagne, à la suite de Martin, MM. Mœricke (1882), Schröder (1883), Kustner (1884), Hager (1885), Weit (1887), E. Fränkel (1888), obtiennent des succès dans cette voie. Leiter (1889), Simon Jules, de Munich (1894), rapportent des cas d'énucléation pour fibrome utérin, suivis de guérison.

En 1899, Amann Junior (de Munich), cite un cas personnel très curieux : il opère une femme mariée et stérile depuis huit ans ; peu après l'énucléation, elle devient enceinte, mais fait une fausse couche ; puis elle redevient enceinte et accouche à terme normalement ; enfin, elle redevient enceinte pour la troisième fois.

En 1900, le professeur A. Martin (de Greifswald), au XIII^e Congrès international de médecine, tenu en août, à Paris, plaide en faveur de la chirurgie conservatrice et rapporte ses résultats d'énucléation abdominale, avec une mortalité proportionnelle de 4 pour 100. Mais il penche en faveur de la voie vaginale.

En Hollande, avec Hector Treub, en 1859 ; en Autriche, avec Albert, 1888 ; Bandl, 1888 ; Chroback, 1894 ; Schauta, 1895 ; en Suisse, avec Krœnlein, de Zurich, et Vulliet, de Genève, 1894, nous voyons la chirurgie conservatrice utérine compter de nombreux partisans, qui, tous, ont publié leurs succès d'énucléation de fibromes utérins, suivis ou non de grossesses.

En Russie, Otto Engstrøm (1892) Werder de Pittsburg (1895) et enfin J.-M. Lewoff (1897) se prononcèrent successivement en faveur de la chirurgie conservatrice et des énucléations abdominales à la place de l'hystérectomie abdominale totale.

Au congrès d'Amsterdam (août 1899) les Anglais : Alexander (de Liverpool), Sainclair (de Manchester), Gilles (de Londres) s'accordent à considérer une gravité encore très sérieuse à l'hystérectomie abdominale et se montrent partisans de la simple énucléation, qui leur a donné de beaux résultats pour les fibromes sous-péritonéaux.

En Amérique, Howard Kelly (de Baltimore) à partir de 1892 se fait le grand promoteur de cette méthode. En 1899 Baldy (de Philadelphie) rapporte au Congrès d'Amsterdam que Kelly a fait 97 énucléations abdominales sans aucun décès durant ces 7 dernières années, qu'il a eu trois récidives parmi les malades qu'il a revues.

En 1894 au Congrès de Wasingthon, un mouvement en faveur de la chirurgie conservatrice, dans les cas de fibromes, se dessine très nettement avec Polk, William Goodel, Mathew Mann, qui se réjouit fort de ce mouvement, espérant qu'il mettra fin à la mauvaise réputation des gynécologistes, cela vaut la peine de citer la phrase : « comme des animaux armés d'un bistouri tournant autour des malades et guettant l'occasion de leur extirper la matrice ou les ovaires. »

P. Noble de Philadelphie (1897) est également très chaud partisan de la méthode.

En France, le mouvement conservateur dans la chirurgie des fibromes ne commence qu'assez tard et ce n'est que tout dernièrement qu'il semble devoir prendre des proportions importantes ; car jusqu'ici c'est le traitement radical qui a absorbé presque toute l'attention des chirurgiens français, de telle sorte que ce sont eux

qui ont apporté la plus grande part dans le perfectionnement de l'hystérectomie abdominale totale.

C'est Jaboulay de Lyon, qui, en 1889, fait le premier, à ce qu'il semble, l'énucléation abdominale pour fibromes. Sa première observation concerne une malade chez laquelle il extirpa 9 fibromes interstitiels. En 1890 Bouilly fait à Paris la première communication sur un cas d'énucléation d'un fibrome utérin par la voie abdominale, suivie de guérison.

En 1891 Chevrier, Doleris, publient plusieurs cas en plaidant la cause de la myomectomie.

En 1893 au VII^e congrès français de chirurgie tenu à Paris, le traitement des fibromes est à l'ordre du jour. L'hystérectomie triomphe et la myomectomie, peu discutée d'ailleurs à ce congrès, y est considérée alors comme une opération très grave.

Après une période de radicalisme le plus absolu, on aboutit bientôt à des tendances moins mutilatrices.

Un léger acheminement se fait vers la chirurgie conservatrice interne au IX^e congrès français de chirurgie à Paris, en octobre 1895. Péan y prononce la parole d'éclectisme, en disant qu'un unique procédé ne peut pas suffire à tous les cas,

Ce mouvement en faveur de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes, d'abord en latence pour ainsi dire, finit par s'affirmer nettement et c'est Témoin (de Bourges), en 1896, qui a eu le mérite de s'engager très franchement dans cette voie d'une manière systématique lorsque les cas, qui s'offraient à lui, étaient justiciables d'une telle méthode. Au X^e Congrès français de chirurgie, tenu à Paris en

octobre 1896, Témoin rapporte quatre observations intéressantes d'énucléation, suivies de guérison.

A ce Congrès, Témoin est le seul à parler de chirurgie conservatrice, le règne de l'hystérectomie abdominale fleurit toujours, et Ricard veut même en faire la seule opération classique pour les fibromes utérins.

En 1897, dans la 3^e édition de son magistral *Traité de gynécologie*, Pozzi consacre un chapitre important à l'énucléation abdominale.

On le voit, l'idée des opérations conservatrices, ébauchée depuis quelque temps, déjà plus affirmée avec Témoin, poursuit son chemin lentement mais sûrement, à travers toutes les péripéties de la grande chirurgie radicale : elle se précise dans son but et s'esquisse dans son mode opératoire.

Au XI^e Congrès français de chirurgie, tenu en octobre 1897, à Paris, Monprofit, d'Angers, vient faire une communication très intéressante sur la chirurgie conservatrice, pendant que les Terrier, Doyen, Jomesco discutent toujours avec enthousiasme sur l'hystérectomie abdominale totale. Hartmann se déclare partisan absolu de la voie abdominale pour les fibromes utérins, mais il se demande si une chirurgie conservatrice ne pourrait pas, dans certains cas, remplacer la chirurgie actuelle qui lui paraît trop mutilante.

En 1898, Ricard revient de son radicalisme absolu pour se faire conservateur, et il publie, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1898, l'observation d'une première énucléation suivie de grossesse.

En 1899, au III^e Congrès de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Amsterdam en août, pendant que

Jonesco n'admet que l'hystérectomie, Richelot démontre que l'union de l'antisepsie perfectionnée et des progrès de la technique a donné un essor nouveau à la gynécologie conservatrice : « nous pouvons aujourd'hui, grâce à elle, au cours d'une laparotomie, énucléer un fibrome de sa loge et respecter l'utérus, etc. »

Au XIII^e Congrès français de chirurgie, tenu à Paris en octobre, l'hystérectomie abdominale totale fait surtout les frais de la discussion. Toutefois, Ricard, rapporteur, consacre déjà une grande place aux opérations conservatrices et il pense que la « myomectomie transutérine » doit avoir sa place dans la chirurgie gynécologique.

Dans la *Loire médicale*, 1899, Blanc rapporte une observation très intéressante d'ablation, par énucléation abdominale de sept fibromes chez la même malade, tout en respectant la muqueuse utérine.

L'année 1900 fut féconde pour la chirurgie conservatrice. Trois thèses sont soutenues devant la Faculté de Paris apportant des statistiques nombreuses d'énucléation de fibromes par la voie abdominale.

Enfin, au Congrès international de médecine tenu à Paris en août 1900, à côté de l'hystérectomie abdominale totale, moins discutée, la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes est à l'ordre du jour.

Témoin de Bourges y présente une brillante statistique d'énucléations abdominales.

Montprofit d'Angers y pose et discute les indications et contre-indications, la technique de la myomectomie abdominale, et se déclare partisan convaincu de la voie haute, abdominale, dans la chirurgie conservatrice des fibromes.

Tuffier vient à son tour exposer sa technique et ses résultats. Il cite un cas où il a pu extraire 17 fibromes sur le même utérus.

Pozzi cherche, dans cette séance, à mettre un frein à l'engouement naissant pour les opérations conservatrices, mais sa haute autorité ne pourra arrêter l'élan donné.

En mai 1901, Dartigues, sous l'inspiration de Second, soutient devant la Faculté de Paris sa thèse, qui est un magnifique plaidoyer en faveur de la chirurgie conservatrice de l'utérus dans le traitement des fibromes.

En 1902, à la Société de chirurgie de Paris, Routier et Debet viennent rapporter chacun un cas de myomectomie pendant la grossesse, avec accouchement à terme des deux côtés.

Dans un autre cas semblable Routier fut plus malheureux et son opérée succomba quelques heures après l'opération.

Pendant les années 1902-1903, les Parisiens reconnaissant les tristes conséquences de l'atrophie vaginale sur leurs myomectomisées, rompent une lance à fond de train en faveur de l'hystérectomie subtotale. La possibilité de conserver ainsi le col utérin et de laisser au vagin sa forme normale les enchante. Aussi la myomectomie n'a guère comme défenseur à cette époque que M. Tuffier, qui ne cesse de vanter ses avantages.

Legueu ne veut en faire qu'une opération exceptionnelle donnant toutes ses préférences à la subtotale, qui compte aussi Guinard parmi un de ses plus fervents partisans.

Au congrès français de chirurgie tenu à Paris du 19

au 24 octobre 1903, Krafft de Lausanne trouve la chirurgie gynécologique actuelle trop brutale : « on enlève les utérus, dit-il, avec le même zèle que l'on mettait jadis à amputer les membres. » Il croit que l'avenir appartient certainement à la chirurgie conservatrice et respectueuse des organes sains. Sorel se déclare être du même avis.

A Lyon, il y a plus de vingt ans que M. Laroyenne enlevait déjà par voie abdominale des gros fibromes sous-péritonéaux pédiculés sur l'utérus sans toucher à cet organe, mais la première énucléation fut faite par M. Jaboulay en 1891. S'il revient à l'école lyonnaise l'honneur de la première énucléation abdominale en France, nous devons néanmoins reconnaître, que jusqu'à ces derniers temps, à part quelques cas isolés, la question de la myomectomie était restée dans l'ombre.

A la Société médicale du 27 mai 1903, M. Violet présente chez une opérée de M. A. Pollosson un cas intéressant de myomectomie chez une vierge de 34 ans. Dans le *Lyon médical* du 17 janvier 1904, M. Condamin fait une communication très intéressante en traitant de la « myomectomie sur utérus gravis. »

Mais c'est M. Villard, qui soulève le plus la question en l'attaquant à la Société de chirurgie de Lyon, le 26 novembre 1903, dans une communication qu'il fait sur une hystérectomie secondaire pour utérus fibromateux, myomectomisé 11 ans auparavant.

Notre maître M. Goullioud, qui depuis plus de sept ans pratique la myomectomie chaque fois qu'il y a indication à le faire, vient défendre cette opération qui lui a donné de bons résultats. Il met à l'ordre du jour ce

procédé opératoire par son intéressante communication sur la myomectomie à la Société de chirurgie du 3 décembre 1903.

Cette communication provoque bientôt une longue discussion sur la myomectomie où prennent part MM. Vincent, Villard et Goullioud.

Nous terminerons cet historique en citant le beau plaidoyer que M. Tuffier a publié le 27 juin 1904 sur l'énucléation des fibromes utérus dans le n° 38 des monographies cliniques du docteur Critzman.

Ce n'est pas sans intention que nous avons écrit ce long historique : nous avons voulu précisément lui donner cette importance pour bien montrer pas à pas le chemin lentement parcouru par cette chirurgie conservatrice de l'utérus, à laquelle, assurément l'avenir donnera une plus large part dans les interventions pour fibromes utérins.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Trente cas de myomectomies (toutes personnelles et inédites)

OBSERVATION I

Myomectomie pour petit fibrome du Douglas à droite.

Célestine G. . . , 33 ans, commerçante, célibataire. Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, toujours régulièrement depuis. Il y a trois ans, a été soignée, par M. Bouveret, pour dilatation d'estomac. Elle a eu plusieurs crises douloureuses dans le bas-ventre, depuis trois ans. Elle est sujette aux bronchites. État général médiocre.

Elle entre à l'hôpital Saint-Joseph le 8 juin 1896, pour douleurs vives dans le bas-ventre.

Examen. — Constipation, anorexie. La palpation et la pression de l'abdomen n'indiquent rien de particulier, sauf un peu de douleur du côté de la fosse iliaque droite.

Toucher. — On sent, dans le cul de-sac postérieur, à droite, une tumeur arrondie, dure, grosse comme une orange, fibrome probable.

Opération. — 25 juin 1896. Laparotomie. Énucléation assez facile de la tumeur. Fermeture et péritonisation de la plaie par un double surjet au catgut Repin. Suites absolument simples. Guérison parfaite. La malade part le 12 juillet 1896.

Revue en 1897, elle présente du goître exophtalmique.

La malade a été suivie par M. Goullioud, qui l'a vue de nombreuses fois.

Le 20 avril 1897, il constate nettement tous les signes d'une maladie de Basedow : Yeux brillants et saillants, un corps thyroïde exagéré, un pouls à 140.

En octobre 1899, la malade ne marche que très péniblement, ayant une démarche saccadée, raide, peu certaine, le pouls est toujours à 140.

En novembre 1903, la malade a été sensiblement améliorée par l'hydrothérapie. Elle peut surveiller son travail, marcher un peu, son pouls = toujours 140. Mais les règles sont très peu abondantes, l'utérus n'a pas grossi, il est en bonne position. Il n'y a donc pas eu, chez cette malade, opérée depuis huit ans, reproduction de nouveau fibrome et l'on peut se féliciter, chez cette femme basedowienne, névropathe, bronchitique, de n'avoir à ajouter à tant de misères les troubles d'une ménopause anticipée.

OBSERVATION II

Myomectomie pour fibrome utérin de 2 kg. 500.

M^{lle} Antoinette T..., 50 ans, entre à l'hôpital pour douleurs intenses dans l'abdomen, du côté gauche. Ses règles ont toujours été régulières; ménopause depuis six mois

Le palpation abdominale révèle une tumeur volumineuse, dure, bosselée, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le toucher indique une grosse masse dure, irrégulière, bosselée, plongeant dans le cul-de-sac postérieur. Cette tumeur est manifestement dépendante de l'utérus. Cependant, les mouvements qu'on lui communique n'entraînent pas le col utérin. Cette remarque d'indépendance relative de

la tumeur pousse M. Goullioud à la myomectomie pour éviter à la malade les dangers d'une hystérectomie inutile.

Opération. — 4 janvier 1898. Laparotomie. Des adhérences intestinales et péritonéales sont rompues et ligaturées. La tumeur est enlevée sur pince longuette placée sur le pédicule, qui est simplement ligaturé par transfixion au catgut Repin. Vu le suintement des adhérences rompues, on draine par petites mèches péritonéo-vaginales dans le Douglas.

Le 15 février, la malade part guérie.

Le 30 novembre 1903, elle fait savoir à M. Goullioud qu'elle va tout à fait bien. Le poids du fibrome était de 2 kg. 500.

OBSERVATION III

Myomectomie pour fibrome du fond.

M^{me} Jeanne C..., 39 ans, entre à l'hôpital le 27 mars 1899 pour tumeur abdominale remontant à l'ombilic, donnant l'impression d'un utérus gravide ; mate, mobile, peu dure, cette masse est indolore à la palpation. Elle a grossi surtout depuis trois mois, sans métrorragie ni œdème des jambes, sans phénomènes inflammatoires. Son développement est surtout abdominal, plonge peu dans le bassin.

Au toucher on sent une grosse masse faisant corps avec l'utérus, mobile avec lui.

Dans le cul-de-sac latéral gauche on sent une masse grosse comme une mandarine ; elle paraît plutôt dépendre de l'ovaire.

Le fibrome pointe en avant et remonte au-dessus de l'ombilic.

Deux faits font penser à M. Goullioud que la tumeur doit être implantée sur la face antérieure du fond de l'utérus et qu'une myomectomie sera peut-être possible, bien qu'il n'y ait pas trace de pédicule.

Le premier fait est la procidence soupçonnée des annexes dans le Douglas. Le deuxième, c'est que, depuis qu'elle possède son fibrome remontant actuellement à l'ombilic, la malade a accouché et très simplement. M. Goullioud évite de faire un cathétérisme, mais il se propose, le ventre ouvert, de chercher à faire une myomectomie.

Opération. — 22 mars 1899. Laparotomie. On enlève d'abord l'ovaire gauche prolabé, qui est sclérokystique. Cet organe renferme un petit kyste dermoïde avec cheveux. On procède ensuite à la myomectomie du fibrome implanté sur le fond de l'utérus et sur sa face antérieure. On l'enlève par incision ovale vers sa base ; la décortication est assez facile. L'hémostase des collerettes est assez pénible. La capitonnage de la poche, laissée par l'ablation de la tumeur est fait par points séparés au catgut Repin, on termine par deux surjets un peu plus profonds au catgut et le plus superficiel à la soie. Le pièce enlevée est composée de plusieurs fibromes réunis dans une capsule myomateuse ; son poids est de 1,700 grammes.

L'opération a été faite sans drainage.

Les suites furent simples.

Un toucher fait le 8 avril (15 jours après l'opération) indique un utérus mobile, culs-de-sac souples, pas de sensibilité.

La malade sort guérie très satisfaite.

Il y avait un intérêt tout spécial à faire une myomectomie (1).

Revue sur appel le 30 novembre 1903, c'est-à-dire six ans après : « Je vais très bien, dit-elle, je n'ai jamais eu aucun « malaise depuis l'opération. »

Elle n'a pas eu de grossesse depuis.

Au toucher son utérus paraît normal.

(1) Chez cette femme qui avait perdu quatre enfants et n'ayant plus qu'une fille reséquée des deux hanches par M. Vincent et atteinte d'otorrhée chronique, nous avons eu, quatre ans après, le plaisir de voir la mère et la fille en bonne santé.

OBSERVATION IV

Myomectomie pour fibrome utérin sessile.

M^{lle} Antoinette M..., 32 ans, entre à l'hôpital pour douleurs abdominales qui durent depuis deux ans, jamais de métrorragies, les règles ont toujours été régulières.

Au palper, on sent dans la région sus-pubienne une tumeur médiane, arrondie et mobile ; à droite, on sent une tumeur dure, mobile et douloureuse, paraissant dépendre de l'ovaire.

Au toucher. — L'utérus paraît situé en avant, derrière lui on sent dans le cul-de-sac postérieur une tumeur irrégulière dure ; dans le cul-de-sac latéral droit on sent également une autre tumeur mobile.

Opération faite par M. Goullioud le 28 juillet 1899. — On tombe sur une tumeur enclavée dans le bassin, formée par un kyste tubo-ovarien droit. On croit tout d'abord n'avoir à faire qu'à une seule tumeur mi-solide, mi-liquide ; mais une fois la tumeur ovarienne dégagée, on voit qu'elle adhère fortement à la tumeur solide, qui est un fibrome pédiculé sur la face postéro-supérieure de l'utérus. On procède tout d'abord à l'ablation du kyste après avoir rompu toutes ses adhérences. Ensuite le fibrome est enlevé sans difficulté par incision ovulaire sur l'utérus autour du pédicule. La plaie utérine est fermée par dix points avec fil de Repin. On enlève également les annexes gauches qui sont scléro-kystiques. On pratique un drainage péritonéo-vaginal par mèche au travers du Douglas.

La malade quitte l'hôpital le 25 août allant bien. Les suites ont donc été parfaitement simples.

Le 30 novembre 1903, c'est-à-dire quatre ans plus tard, la malade est revue sur appel de M. Goullioud. Elle se déclare satisfaite, elle a repris de 13 kilos depuis son opération et va très bien.

OBSERVATION V

Fibrome de la paroi postérieure. — Myomectomie. — Guérison.

M^{me} Marie B. . . , 30 ans, réglée à 13 ans, toujours régulièrement depuis ; mariée à 26 ans, elle a eu un enfant. Pas de fausse-couche. Pas de passé pathologique, mais souffre de son ventre depuis son accouchement qui remonte à trois ans. Ce sont ces douleurs qui l'amènent à l'hôpital où elle entre le 4 septembre 1899.

Le toucher vaginal fait faire un diagnostic de fibrome de la paroi postérieure.

Opération faite par M. Goullioud le 9 septembre. — On tombe, en effet, après laparotomie sur un fibrome interstiel, siégeant sur la paroi postérieure de l'utérus.

La myomectomie paraît indiquée, l'énucléation est assez facile, l'utérus saigne facilement. Le capitonnage profond est fait par points séparés et terminé par un surjet au Repin sur couche péritonéale. On fixe l'utérus à la paroi par deux points au catgut chromique.

La tumeur du volume d'une orange présente à la coupe un aspect blanchâtre et au palper une sensation de mollesse [tumeur jeune en voie de développement]. Les suites opératoires furent simples, avec guérison parfaite.

Revue sur appel de M. Goullioud, quatre ans plus tard, la malade dit aller très bien, plus de douleurs, toujours bien réglée, pas de nouvelle grossesse. L'utérus est en bonne situation. Très bon état général.

OBSERVATION VI

M^{me} Elise Th. . . , 40 ans, entre à l'hôpital le 6 mai 1901, elle souffre de douleurs abdominales depuis plus de 10 ans, et tous les traitements essayés sont restés sans résultats.

Elle a eu un enfant, ses règles ont toujours été régulières, jamais de métrorragie.

Le palper n'offre rien de particulier, au toucher on sent une masse dans le cul-de-sac latéral gauche, très adhérente à l'utérus, douloureuse à la pression et aux mouvements. A cause des douleurs on croit à une salpingite.

Le 8 mai 1901 M. Goullioud opère la malade. On est surpris de voir les annexes gauches sains, mais on sent une masse dans le ligament large gauche. Son énucléation nous offre un fibrome, du volume d'une orange, qui présentait une adhérence assez forte du côté de l'utérus, ce qui peut faire considérer ce cas comme une myomectomie sous-péritonéale. Le capitonnage est fait au Repin fin. Pas de drainage. Ventrofixation par trois points au catgut chromique.

Les suites, à part une poussée fébrile le 3^e jour après l'opération (39°5), furent simples et la guérison complète.

OBSERVATION VII

Fibrome utérin. — Myomectomie. — Guérison

M^{lle} Marie S..., 36 ans, célibataire, règles toujours régulières, entre à l'hôpital le 19 août 1901 pour douleurs abdominales.

Au palper on sent une masse grosse comme la tête d'un fœtus à terme, se déplaçant avec facilité au-dessus du pubis.

Au toucher on sent que cette masse fait corps avec l'utérus et semble fixée sur son fond. Rien du côté du col, ni du côté des culs-de-sac.

Intervention le 23 août 1901. — Monsieur le docteur Goullioud procède à une myomectomie. Après la décortication, le capitonnage a été fait par points séparés vers le fond et deux surjets superficiels, un au Repin et un au catgut chromique. Le fibrome qui pesait 750 gr. n'offrait rien de bien particulier. Pas de drainage. Guérison parfaite au bout de quinze jours de séjour à l'hôpital.

OBSERVATION VIII

Fibrome utérin. — Myomectomie. — Guérison.

M^{me} Marie P..., 45 ans, réglée à 13 ans, toujours régulièrement; mariée à 25 ans, elle a eu quatre enfants et une fausse-couche.

Elle entre à l'hôpital pour tumeur abdominale. Aucun symptôme douloureux, jamais de troubles fonctionnels du côté de ses organes génitaux, elle ne se plaint que du volume exagéré de son ventre, qui égale au moins une grossesse de six mois. Le palper laisse sentir une grosse masse sus-pubienne, dure, mobile. Le toucher vaginal indique que cette masse est dépendante de l'utérus.

M. le docteur Goullioud intervient le 16 juin et procède à une myomectomie. Le fibrome enlevé pèse 2 kilog. 300. Il était situé sur le fond. Le capitonnage a été fait par deux plans de suture et un dernier au catgut chromique.

Pas de drainage.

La guérison succéda à des suites simples.

Le 30 novembre 1903. M. Goullioud revoit son ancienne opérée et constate un excellent résultat; un utérus normal et un bon état général. Quelques variations dans les menstrues dues à la ménopause.

• OBSERVATION IX

Fibrome telangiectasique volumineux avec ascite et pleurésie. —
Myomectomie. — Guérison.

M^{me} Marie C..., 44 ans, mariée à 28 ans, a eu un enfant en bonne santé actuellement. Elle entre à l'hôpital le 27 avril 1904. Elle présente un ventre énorme avec circulation complémentaire, de l'ascite et au milieu du liquide ascitique ballotte une énorme masse.

On constate également de l'œdème des jambes et un épanchement pleural droit assez considérable, remontant à quelques centimètres du sommet. A noter en plus une petite hernie ombilicale. M. Goullioud intervient le 1^{er} mai 1901. La laparotomie laisse écouler huit litres d'un liquide ascitique séro-hématique. On se trouve ensuite en face d'une énorme tumeur d'un aspect frappant. Elle est bleuâtre, adhère un peu partout au mésentère, à l'épiploon, aux anses intestinales. L'épiploon est congestionné, ses veines sont énormes et sinueuses. On dégage la tumeur en rompant les adhérences et en faisant l'hémostase par ligatures multiples au catgut Repin. Les annexes gauches sont reséqués et laissés, rattachés par adhérences à la tumeur. On voit ensuite que cette tumeur est pédiculisée sur le fond de l'utérus. On sectionne le pédicule entre deux pinces. Un mikulietz abdominal sert de drainage. On fait du sérum à la malade après cette opération qui a été longue et pénible. La pièce est reconnue pour un fibrome, mais un peu particulier, sillonné de gros vaisseaux, il est spongieux. C'est une tumeur télangiectasique, qui en se vidant, a laissé échapper 1 kilog. 700 de sang. Son poids total est de 5 kilog. 200. M. Mérieux examine, au point de vue de la nature de la pièce, plusieurs fragments de cette tumeur, il conclut en diagnostiquant un « léiomyome malin ». Ce diagnostic surprend le chirurgien, qui n'en tiendra compte qu'au cas d'une récurrence de même nature. Comme suites opératoires la malade présente une période fébrile de cinq jours, mais sans grandes inquiétudes à cause du bon état du poulx.

Le 21 juin 1901, la malade quitte le service allant bien.

Trois mois plus tard, elle revient se montrer et présente un bon état général, se déclare très satisfaite. On constate un point de hernie au niveau du Mikulietz.

Le 21 décembre 1903, M. Goullioud reçoit une lettre de son ancienne malade disant qu'elle pèse 104 kilos et qu'elle est en très bonne santé.

OBSERVATION X

M^{me} Marie F. . . , 37 ans, menstruation régulière, mariée à 23 ans, pas d'enfants.

Elle entre à l'hôpital le 10 avril 1901, pour douleurs abdominales et gros ventre.

Le ventre est ballonné, la palpation révèle une masse dure, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Le toucher vaginal donne l'impression d'un fibrome développé dans la paroi antérieure de l'utérus.

Opération. — 30 avril 1901. Laparatomie.

Tumeur développée sur le fond de l'utérus.

Les annexes présentent de chaque côté des lésions inflammatoires, avec un peu d'hydrosalpinx.

Les annexes droits sont réséqués.

Les annexes gauches sont libérés simplement.

Décortication facile de la tumeur.

Capitonnage au catgut Repin par trois surjets successifs. L'hémostase est pénible. On laisse un petit noyau fibromateux dans la paroi antérieure, qui est à surveiller dans la suite.

On referme complètement l'abdomen sans drainage.

Le fibrome enlevé pèse 450 gr.

Les premiers jours qui suivent l'opération ont été un peu pénibles, poussée fébrile (39°). Il est probable qu'il y a eu un peu d'hématome.

A son départ, la malade va bien, quoiqu'on trouve un peu de sensibilité du côté où les annexes ont été enlevés.

Revue par M. Goullioud en novembre 1903, c'est-à-dire deux ans plus tard, cette ancienne opérée va bien; l'utérus est petit, aucun fibrome ne s'est développé; les règles sont régulières. Jamais de conception depuis son opération,

OBSERVATION XI

Fibrome de la paroi postérieure. — Myomectomie. — Guérison.

M^{lle} Marie C..., institutrice, 34 ans, toujours régulière ment réglée depuis l'âge de 11 ans.

Pas de passé pathologique.

Entre à l'hôpital pour douleurs vagues dans l'abdomen.

M. Goullioud intervient le 10 septembre 1900, il énuclée un fibrome développé dans la paroi postérieure, simulant une grande rétroversion.

Capitonnage par deux plans de suture.

La pièce enlevée pèse 400 gr.

Les suites furent simples, avec un point de suppuration.

En 1902, elle revient avec une petite éventration sur la ligne de suture et de la dysmenorrhée. On lui fait une dilatation utérine et on répare sa paroi. On constate un très bon résultat au point de vue de la myomectomie. Actuellement, elle a un cathétérisme utérin de 7 cent. au lieu de 11 cent. avant son opération. Donc il y a eu rétraction de l'organe (1).

OBSERVATION XII

Énucléation d'un gros fibrome utérin et de plusieurs petits fibromes. — Guérison.

M^{lle} Claudine F..., 27 ans, entre à l'hôpital le 20 mars 1901. Depuis trois mois elle a vu son ventre grossir rapidement, sans souffrance et sans troubles du côté de ses règles, qui sont restées normales.

Son ventre présente le volume d'une grossesse de sept

(1) En juillet 1903, le bon résultat s'est maintenu. Les règles sont plutôt faibles, ne s'accompagnent plus de douleurs.

mois et laisse sentir à la palpation une grosse masse dure, lobulée, développée surtout à gauche et remontant à l'épigastre.

Elle est assez mobile.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est refoulé à droite. Les mouvements sont facilement communiqués à la tumeur, qui semble dépendre de l'utérus.

M. Goullioud intervient le 23 mars 1901. Après laparotomie, on tombe sur une énorme tumeur développée au dépens du fond de l'utérus sur sa face postérieure, présentant des adhérences filamenteuses et vasculaires avec le gros intestin.

Incision circulaire sur le pourtour du fond de l'utérus et de la tumeur que l'on isole ainsi par énucléation de sa partie pédiculisante. Les surfaces de section sont très vasculaires, ont fait une hémostase soignée. On procède ensuite au capitonnage de la tranche utérine. Ce capitonnage est fait par deux surjets au catgut Repin, dont le premier ne prend que du tissu utérin, le second prend la séreuse en même temps. On fait enfin un troisième surjet destiné à enfouir la ligne de suture précédente dans un repli du péritoine par ce surjet séro-séreux.

A la fin de l'intervention on fait de l'hémostase sur les lambeaux d'adhérence qui suintent un peu. On enlève également quatre petits noyaux fibromateux.

Le ventre est refermé par trois plans de suture sans drainage.

Le poids de la tumeur enlevée est de 2 kil. 500.

M. Goullioud croit que cette tumeur est probablement un simple fibrome. Cependant, vu le rapide développement et l'aspect un peu spécial de la tumeur, il fait une réserve pour un fibro-sarcome.

C'est en plein tissu utérin que s'est faite la décortication, il n'y avait pas de plan de clivage. Il faudra donc, dit-il, surveiller cette malade et faire une hystérectomie totale en cas de récurrence, surtout si elle est rapide.

Antérieurement M. Goullioud n'aurait pas hésité à faire une hystérectomie.

Les suites furent simples, la malade partit guérie et il était remarquable de voir combien il y avait peu d'induration post-opératoire.

Revue sur appel de M. Goullioud au mois de décembre 1903, on constate un excellent résultat. Pas de récurrence.

Petit utérus en bonne position.

Règles régulières. État général très bon.

Elle demande si elle pourrait se marier.

OBSERVATION XIII

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. — Myomectomie.

Récurrence et hystérectomie (2 ans plus tard).

M^{lle} Jeanne B..., 39 ans, célibataire sans enfant, ni fausse couche.

Elle entre à l'hôpital pour métrorragies et douleurs abdominales.

Les pertes utérines viennent tous les quinze jours depuis une année et durent environ huit jours chaque fois. A noter de l'œdème des jambes les jours de fatigue et de la rétention d'urine.

Le *toucher* est rendu très difficile par la présence d'un hymen très résistant et très étroit ne permettant que l'introduction du petit doigt.

Le toucher rectal permet de constater un fibrome remontant presque à l'ombilic et un peu incliné à droite.

État cérébral particulier. Si donc elle éprouve des troubles nerveux après l'opération, celle-ci ne devra être rendue que très partiellement responsable. Il y aurait là une indication à la myomectomie.

Opération. — 5 mars 1904. — Après laparotomie, on tombe sur un utérus volumineux. M. Goullioud se décide à une myomectomie.

Incision médiane et verticale de 8 centimètres de longueur

sur la face antérieure de l'utérus. Un bon plan de clivage se présente et l'énucléation de la tumeur est relativement facile. Un bon capitonnage par des surjets au Repin avec aller et retour est fait sur la coque. On termine par un surjet d'enfouissement exclusivement séreux.

L'utérus fibromateux possède une foule d'autres petits fibromes intrapariétaux qu'on ne peut enlever. Craignant une récurrence proche, émanée de ces fibromes naissants, on tente dans un but atrophique la ligature des hypogastriques. Mais seule l'hypogastrique droite est ligaturée, la gauche ne peut être abordée à cause de la présence de l'utérus augmenté de volume par la coque du fibrome.

L'abdomen est fermé sans drainage.

À part une légère poussée fébrile post-opératoire, les suites furent simples et la malade partit allant bien.

L'amélioration dura dix-huit mois, mais au mois de novembre 1903, les pertes réapparurent. L'utérus est de nouveau gros, remontant à deux doigts de l'ombilic, il paraît fortement enclavé dans le bassin et procure des malaises à la malade rendant justiciable une seconde intervention.

Le 23 novembre M. Goullioud procède à une hystérectomie totale suivant son procédé. On ne constate sur la pièce aucune trace de la première opération. Le poids de l'utérus fibromateux est de 900 grammes. Le fibrome de la première opération pesait 450 grammes.

À noter que dans ce cas la ligature de l'hypogastrique n'avait donné aucun résultat atrophique sur le développement des fibromes laissés en premier lieu.

On a de bonnes nouvelles de la malade en décembre 1903.

OBSERVATION XIV

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus et kyste de l'ovaire.
Myomectomie et ovariectomie.

M^{me} veuve Etiennette R... , 35 ans, menstruations toujours

régulières, jamais de métrorragies. Mariée à 18 ans, a eu cinq enfants, tous vivants et bien portants, le dernier a six ans.

Elle entre à l'hôpital pour des douleurs lombaires et, depuis trois mois, elle s'aperçut de la présence d'une grosseur dans l'abdomen.

A son entrée on constate un ventre légèrement saillant, le palper révèle une tumeur remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et une autre dans la fosse iliaque gauche un peu moins volumineuse, mais plus superficielle et plus mobile.

Au toucher, on sent un utérus gros, dur, fibromateux, refoulé en avant et à gauche. Une deuxième masse régulière dans le Douglas, un peu à droite, elle est plus molle. On peut hésiter entre une tumeur développée aux dépens des annexes droits et fibrome sous-péritonéal.

Opération, le 5 février 1901. — M. Goullioud intervient et après laparotomie on tombe sur une double masse que l'on attire dehors, on reconnaît alors un kyste de l'ovaire gauche dans le Douglas et un fibrome du volume d'une grosse orange situé dans la paroi antérieure de l'utérus. On commence par l'ovariotomie, qui est faite sans difficulté, puis on passe à l'énucléation du fibrome. On incise l'utérus sur sa face antérieure et verticalement, on ouvre la coque renfermant le fibrome qui fait hernie sous l'incision et son énucléation est très facile. Le capitonnage est fait par des surjets au Repin = 2 surjets sur la coqué, un sur la couche séro-musculaire et un dernier exclusivement séreux. La paroi est suturée sans drainage.

Les suites furent simples et la malade quitte le service le 24 février allant bien.

Revue sur appel de M. Goullioud le 7 novembre 1903, elle va très bien, ses règles sont normales, l'utérus est normal, elle n'a pas eu d'enfants depuis son opération.

OBSERVATION XV

Fibrome utérin. — Myomectomie. — Guérison.

M^{lle} Marie N..., 26 ans, sans passé pathologique, entre à l'hôpital pour douleurs abdominales et tumeur abdominale, remontant à l'ombilic.

Cette masse est dure, mobile au palper ; au toucher on sent le col projeté en avant ; la tumeur paraît dépendre de la paroi postérieure de l'utérus ; les mouvements communiqués à la tumeur sont transmis à l'utérus.

Le 27 novembre 1902, M. Goullioud intervient. On tombe sur une tumeur très vascularisée, on se décide à une myomectomie.

Pendant l'incision médiane et tout le temps de la décortication, un aide pince de chaque côté les ligaments utéro-ovariens. La décortication est assez facile, le capitonnage se fait par deux surjets au Repin sur la coque et par un surjet au catgut chromique sur la séreuse. On ferme sans drainage.

Le fibrome enlevé pèse 750 grammes. il n'offre rien de particulier à la coupe.

Le 16 décembre, la malade part guérie.

OBSERVATION XVI

Myomectomie pour fibrome avec ouverture de la cavité utérine. —
Guérison

M^{lle} Jeanne B..., 32 ans, entre à l'hôpital pour tumeur abdominale, douleurs dans le ventre et règles abondantes. Son ventre grossit depuis une année et depuis cette époque également ses règles sont irrégulières et très fortes elle perd parfois avec formation de caillots.

On sent par le toucher et le palper combinés une tumeur utérine, mobile, remontant à l'ombilic.

Le 25 avril 1902, Monsieur Goullioud intervient. On tombe sur un gros utérus fibromateux. Vu l'âge de la malade (32 ans) on se décide à une myomectomie. Monsieur Goullioud voyant les annexes sur la face postérieure dans leur position normale et bas situés, voit qu'il ne peut avoir affaire qu'à un fibrome interstitiel de la paroi antérieure de l'utérus.

La myomectomie lui paraît donc possible et il la tente, par une incision verticale sur la ligne médiane antérieurement. On incise jusque dans le fibrome. On trouve difficilement un plan de clivage ; car la paroi est épaisse, le fibrome est mou, non fibreux, constitué par un tissu ressemblant absolument au tissu utérin. Cependant on arrive à trouver un plan de clivage, qui se dessine mieux, quand par traction on arrache le fibrome, déjà en grande partie isolé. Toutefois cet isolement a été si peu net qu'en bas la cavité utérine est ouverte sur une longueur de 3 à 4 centimètres.

On aperçoit par cette fenêtre une muqueuse très tomenteuse. Un instant on hésite se demandant s'il ne vaudrait pas mieux enlever l'utérus : mais la conservation l'emporte et on suture la brèche utérine au catgut chromique fin et le capitonnage a lieu par deux surjets sur la coque et un surjet chromique final sur la séreuse. Avant de fermer la cavité abdominale on aperçoit un hématome sur la suture péritonéale, mais la paroi est néanmoins suturée sans inquiétude sérieuse et sans drainage.

Le fibrome enlevé pesait 750 gr.

Les suites opératoires furent simples et la guérison fut complète. Un détail important est à noter : c'est que du sang s'est écoulé (par la plaie utérine probablement) par la voie vaginale pendant les trois jours qui suivirent l'opération comme si la malade avait eu en ce moment ses règles.

OBSERVATION XVII

Volumineux fibrome avec salpingites bilatérales. — Myomectomie abdominale. — Guérison

M^{me} Adélaïde P..., 32 ans, entre à l'hôpital le 12 mars 1901 pour douleurs dans le ventre et grosse tumeur abdominale. Mariée à 18 ans elle a eu un enfant, jamais de fausse couche. Son ventre grossit depuis 6 ans, elle n'a eu qu'une seule métrorragie qui dura 30 jours.

On constata par le palper et toucher combinés une énorme tumeur utérine remontant aux fausses côtes, donnant l'aspect d'un utérus gravide à terme. Les mouvements sont peu transmis au col, les pertes sont peu importantes, on doit penser à la possibilité d'une myomectomie.

Opération, le 13 mars 1901. — M. Goullioud intervient, après laparotomie, par une incision très ample, en rapport avec le volume de la tumeur, on tombe sur un gros fibrome offrant des adhérences de toutes parts avec la peau, l'épiploon et la masse intestinale; il est pédiculé par un large pédicule sur le fond de l'utérus. Les annexes présentent des lésions inflammatoires des deux côtés. On commence tout d'abord par dégager la tumeur du côté de l'utérus, par une incision autour du pied d'implantation; on suture la plaie utérine par un petit capitonnage au moyen de deux surjets au Repin. Ensuite, la tumeur est libérée de toutes ses adhérences intestinales et péritonéales en faisant une hémostase soignée par multiples ligatures au Repin. Les annexes gauches entraînées par adhérence sont réséquées avec la tumeur.

Avant de fermer l'abdomen, on pratique un drainage abdomino-vaginal par le Douglas et la paroi abdominale est complètement fermée en pratiquant une omphalectomie accessoire sur une hernie ombilicale préexistante.

Huit jours après, la mèche vaginale est enlevée. Les suites furent parfaitement simples.

Une année plus tard, la malade revient à l'hôpital présentant de l'éventration; on lui pratique une cure radicale. Elle se déclare très satisfaite de sa première opération. Les règles sont faibles, mais régulières; l'état général est parfait et l'utérus paraît normal et en bonne situation.

Revue en novembre 1903, elle ne présente aucun malaise et on constate un excellent résultat opératoire.

OBSERVATION XVIII

Myomectomie pour fibrome postérieur. — Guérison.

M^{lle} Eugénie D. . . , 36 ans, entre à l'hôpital le 10 décembre 1902, pour tumeur abdominale. Célibataire sans enfants, règles régulières jusqu'à l'année passée. Mais, depuis, elles sont venues plus abondantes et durent plus longtemps. Elle perd parfois pendant dix ou quinze jours par mois. Ce sont ces métrorragies qui l'amènent à l'hôpital. A l'examen, par le toucher vaginal et le palper abdominal combinés, nous constatons un petit col de multipare refoulé en arrière. En avant, dans le cul-de-sac antérieur, on sent une tumeur dure, appartenant manifestement à l'utérus et qu'on peut considérer comme développée sur sa face antérieure. L'indication d'une myomectomie se pose, si elle est possible.

Opération, le 17 novembre 1902. — Faite par M. Goullioud, elle se passe sans incident. On tombe sur un fibrome de la paroi antérieure. Incision médiane sur le fibrome. Décortication facile.

Capitonnage par trois surjets au catgut Repin. On ferme la paroi sans drainage. — Le fibrome enlevé pesait 170 grammes. Les suites furent simples.

En novembre 1903, revue sur appel, elle va bien. Très bon résultat au point de vue local. Utérus normal.

OBSERVATION XIX

Myomectomie pour fibrome de la face postérieure de l'utérus. — Guérison.

M^{lle} Louise V..., 37 ans, a eu un enfant, jamais de fausse couche, règles toujours régulières. Entrée à l'hôpital pour douleurs abdominales qui se font sentir depuis plusieurs années, mais elles sont beaucoup plus vives depuis trois mois.

Jamais de métrorragie.

Le ventre paraît un peu ballonné, cependant il est peu douloureux au palper. On sent un utérus gros, remontant à un doigt de l'ombilic. Il y a plus de sensibilité du côté gauche, où l'on sent une induration douloureuse. On peut penser à un fibrome avec de la salpingite gauche.

Opération le 25 février 1903, M. Goullioud après laparotomie tombe sur un utérus contenant un fibrome dans sa partie supéro-postérieure. Quelques petits noyaux fibromateux se trouvent sur la paroi antérieure; on enlève tout d'abord cette graine de fibrome et on procède ensuite à la myomectomie par une incision médiane d'avant en arrière. On a à faire à une tumeur molle, c'est un myome pur qui se décortique très bien. On capitone par deux surjets intracavitaire au catgut Repin et on termine par un surjet purement séreux au catgut chromique. On enlève l'ovaire gauche qui paraît scléro-kystique. On constate quelques adhérences filamenteuses dans le Douglas, mais pas d'annexite nette. On ferme l'abdomen sans drainage. Le poids de la pièce enlevée est de 400 grammes. C'est un myome typique. Sa coupe offre l'aspect de la chair musculaire.

Les suites opératoires furent simples.

A son départ la malade va bien au point de vue opératoire, mais se plaint de malaises nerveux et de son estomac. Revue au mois de novembre 1903, on ne constate aucune récurrence. Bon résultat opératoire, mais la névropathie persiste.

OBSERVATION XX

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. — Myomectomie. Hématocèle post-opératoire. — Guérison. — Grossesse ultérieure.

M^{me} Marie R..., 30 ans. Pas de passé pathologique. Mariée à 26 ans elle a eu une fausse couche de quatre mois, après dix mois de mariage et un enfant à 29 ans avec accouchement normal. Elle entre à l'hôpital le 23 février 1903 pour tumeur abdominale, ayant fait son apparition il y a deux mois. Actuellement on constate une tumeur, dure, mobile, arrondie, indolore remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Au toucher on sent que la tumeur entraîne l'utérus dans ses déplacements.

Opération le 25 janvier 1903. Après laparotomie on tombe sur un fibrome unique de la paroi antérieure. Incision médiane. Plan de clivage facile; décortication sans difficulté. La tumeur pèse 150 grammes. Le capitonnage intracavitaire est fait par deux surjets au Repin. On termine par un surjet au chromique sur la séreuse utérine. On referme le ventre sans drainage. Une période fébrile assez longue suivit l'opération. Le jour de l'ablation des fils on constata un plastron, ressemblant à un plastron appendiculaire assez volumineux. Il s'agit d'un hématome post-opératoire, qui mit un mois à se résorber.

Le 9 mai 1904 elle vient voir M. Goullioud. Elle dit avoir un retard de huit à dix jours de ses règles. Tout-à-coup elle souffre de coliques, elle perd avec caillots. C'est, sans doute, à une fausse-couche que nous avons à faire.

OBSERVATION XXI

Myomectomie pour un fibrome de la face postérieure et énucléation de plusieurs petits fibromes aberrants. — Guérison.

M^{me} Marie L..., 30 ans, mariée à 23 ans.

Pas d'enfants, pas de fausse couche.

Entre à l'hôpital en décembre 1902 pour douleurs abdominales et métrorragies, qui durent depuis quatre ans.

Au toucher bi-manuel, on constate un gros utérus possédant une tumeur dans sa paroi postérieure, grosse comme une tête fœtale; elle est plus développée dans la moitié droite que dans la moitié gauche; cette tumeur est dure.

D'autre part, à peu près à égale distance de l'ombilic et du fond utérin, on sent une petite tumeur, du volume d'une noisette, qui fait saillie sur la paroi antérieure.

Le col utérin est en avant, derrière le pubis.

De l'ensemble de ces signes, on peut conclure à l'existence d'un fibrome dans la paroi postéro-latérale droite et à un petit fibrome de la paroi antéro-supérieure.

L'indication d'une myomectomie se pose, si elle est possible.

Opération. — Le 17 novembre 1902 (faite par M. Goullioud). On tombe, après laparotomie, sur une première tumeur de la face postérieure de l'utérus, de la grosseur d'une orange, avec trois autres petites tumeurs fibromateuses aberrantes de la grosseur d'une noix.

Incision sur la tumeur principale et myomectomie. Décorication assez difficile à cause de l'irrégularité de la tumeur. On énuclée de même les petits fibromes aberrants. Le capitonnage est fait par deux surjets au catgut Repin. On termine par un surjet superficiel sérieux au catgut chromique. On ferme la paroi, sans drainage.

Le poids de la tumeur enlevée est de 200 grammes.

Après le pansement, il s'écoule du vagin du sang noir en assez grande quantité, due probablement à la pénétration des aiguilles à suture dans la cavité utérine au moment du capitonnage. Elle n'a plus perdu dans son lit. Les suites furent simples. Il s'agissait d'un de ces fibromes à surface extérieure végétante, à petits grains fibromateux, disséminés dans un tissu utérin lamelleux, très vasculaire. L'avenir nous dira si ces formes de fibromes ne sont pas prédisposées à une récidiye plus rapide et si elles ne contre-indiquent pas

la myomectomie. Revue sur appel, une année après l'opération, elle est bien réglée; l'utérus paraît un peu gros, incliné en arrière, mais ne possède pas de fibrome dans son épaisseur. Pas de conception.

OBSERVATION XXII

Fibrome utérin ancien chez femme de 64 ans.

Accidents bizarres d'occlusion.

Myomectomie ou amputation du fond de l'utérus. Guérison.

M^{me} veuve Marguerite P..., 64 ans, entre à l'hôpital le 12 février 1903 pour douleurs abdominales et tumeur ancienne, qui depuis sa ménopause, qui a eu lieu à 39 ans, a notablement diminué de volume.

Depuis 22 mois, elle est sujette à des crises de coliques qui durent plusieurs jours et qui sont accompagnées de ballonnement du ventre, de vomissements.

A l'examen nous constatons un ventre assez flasque; on sent au milieu de la masse intestinale une grosse masse mobile ballottant dans l'abdomen, portée surtout du côté gauche et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur ne plonge pas ni ne se fixe dans le bassin.

On peut se demander s'il s'agit d'une tumeur utérine. Quand on soulève la partie antérieure de la tumeur, il semble bien qu'on remonte un peu l'utérus, mais très peu. Il y a donc doute sur le point de départ utérin d'une telle tumeur. On sent une poche du côté droit, il semble que c'est le cœcum. Il faut opérer cette tumeur parce qu'elle peut être la cause des troubles intestinaux et il faudra faire l'évisération pour voir s'il n'y a rien du côté du tube digestif.

Intervention le 18 février 1903 par M. Goullioud.

Après laparotomie on tombe sur une grosse tumeur pédiculée sur le fond utérin.

On incise transversalement l'utérus près du fond. La cavité

utérine est ouverte. On fait une véritable amputation du fond utérin.

Un double surjet de capitonnage au Repin est fait sur le fond utérin. L'exploration du tube digestif ne révèle rien d'anormal.

Sur le péritoine pariétal on constate une plaque cartilagineuse, plaque de péritonite plastique, correspondant à une plaque de même nature sur la tumeur. C'est probablement entre ces deux plaques que l'intestin venait se faire pincer, amenant ainsi les phénomènes d'occlusion constatés plus haut.

Cette tumeur qui pesait environ 4 kilogrammes présentait de nombreux kystes de petit volume ; la portion de la cavité utérine reséquée est de 3 centimètres à l'hystéromètre.

L'examen histologique fait par Mérieux indique que nous avons affaire nettement à un fibro-myome. Les suites furent simples.

Une année après l'opération nous recevons de bonnes nouvelles de cette ancienne opérée, qui se dit très satisfaite du résultat opératoire.

OBSERVATION XXIII

Myomectomie pour un fibrome de la paroi antérieure et un fibrome de la face postérieure.

Hématocèle post-opératoire. Péritonite et mort.

M^{lle} Marie T..., 26 ans, religieuse, entre à l'hôpital le 23 mars 1903 pour douleurs abdominales. Depuis quatre mois la malade a vu son ventre augmenter de volume.

A l'examen nous constatons un utérus gros remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; il est mobile, on sent dans sa paroi postérieure une masse grosse comme une pomme et sur sa paroi supéro-antérieure une autre masse du même volume. Une myomectomie est indiquée, si elle est possible au moment de l'intervention.

Opération le 25 mars 1903 (M. Goullioud);

Après laparotomie on trouve au fond de l'utérus en avant un fibrome, et un autre fibrome sur la paroi postérieure. Ces deux fibromes ont chacun le volume d'un poing. On commence par enlever le fibrome de la paroi postérieure, qui s'énuclée assez rapidement. Le capitonnage de sa cavité est fait par deux surjets au Repin et un surjet séreux au chromique.

Le fibrome antérieur est également énucléé après incision médiane. La décortication, ici, est plus pénible. Un autre petit noyau adjacent est également enlevé. Même mode de capitonnage que précédemment.

Le fibrome antérieur pèse 250 grammes ; le postérieur pèse 240 grammes.

On a fermé l'abdomen sans drainage.

Les suites opératoires furent mauvaises.

Le lendemain et le surlendemain de l'opération, la malade présentait de la fièvre, mais son état général ne paraissait pas inquiétant. Ensuite la température monte de plus en plus on croit à une collection hématique en voie d'enkystement ; bientôt les symptômes de péritonite apparaissent. On fait un débridement vaginal. On ramène du sang et du pus. Un léger soulagement suit cette intervention, mais le ventre reste ballonné. Le pouls est rapide (140) et rappelle plus celui de la septicémie que celui de la péritonite.

La mort survient huit jours après l'opération.

Ce cas malheureux est notre seul insuccès.

OBSERVATION XXIV

Fibrome de la paroi postérieure. — Myomectomie. — Guérison.

M^{me} Marie D..., 31 ans, mariée à 23 ans, a eu un enfant, jamais de fausse couche, entre à l'hôpital le 25 juin 1903 pour tumeur abdominale.

L'examen gynécologique révèle la présence d'un fibrome dans la paroi postérieure de l'utérus. Comme indication opératoire, on pense à une myomectomie.

Opération faite par M. Goullioud le 30 juin 1903. — Après laparotomie, on trouve un utérus maintenu en retroversion par le fibrome de la paroi postérieure.

Incision médiane, décortication facile, capitonnage au catgut Repin et par un surjet terminal au chromique.

Après hystéropexie, on suture la paroi abdominale, sans drainage.

Nous avions affaire à un myome pur pesant 300 grammes. Les suites furent simples.

Revue en décembre 1903, on constate un bon résultat opératoire.

OBSERVATION XXV

Myomectomie pour deux fibromes utérins.— Ouverture de la cavité utérine. Ligatures des hypogastriques. → Guérison.

M^{me} Eugénie R. . . , 41 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} septembre 1903 pour fibrome utérin.

Pas de passé pathologique.

Il y a un an qu'elle s'est aperçue du début de sa tumeur, sans modification dans ses règles, sans douleurs, sans troubles subjectifs.

Quelques troubles dans la miction, la malade est obligée de soulever sa tumeur au-dessus du pubis pour pouvoir uriner plus facilement.

A l'examen, on sent une grosse tumeur médiane atteignant l'ombilic, le col est refoulé derrière le pubis. On s'efforcera de faire une myomectomie chez cette femme qui, mariée tardivement, n'a pas d'enfant et souhaite en avoir un.

Opération faite par M. Goullioud le 16 septembre 1903. — Après laparotomie, on tombe sur un utérus fibromateux, qui présente deux masses, l'une sur la paroi postérieure, l'autre sur la paroi antérieure.

L'énucléation du fibrome postérieur amène une large ouverture de la cavité utérine.

Le capitonnage est fait par trois surjets au Repin et un quatrième surjet sérieux à la Lambert au Repin.

L'énucléation du fibrome antérieur se fait sans incident, le capitonnage de la cavité également.

Les annexes paraissent sains.

Un drainage péritonéo-vaginal est établi par un Mickulitz à travers le Douglas. De crainte d'hémorragies trop abondantes, on procède à la ligature des hypogastriques. La paroi abdominale est complètement fermée par trois plans de sutures.

Un litre de sérum a été fait à la malade pendant l'opération.

Les suites opératoires furent assez inquiétantes. Il y a eu probablement infection par suite de l'ouverture de la cavité utérine.

Heureusement un drainage par le Douglas existait et les phénomènes se localisèrent.

Le 3 novembre, la malade est sortie en bonne voie de guérison, on lui conseille un mois de repos. Elle possède encore une légère induration cicatricielle dans le Douglas à droite.

Au mois d'août 1904 on a de bonnes nouvelles de la malade.

OBSERVATION XXVI

Petit fibrome de la paroi antérieure. Myomectomie. Guérison.

M^{lle} Fanny M. . . , 38 ans, entre à l'hôpital, le 29 avril 1904, pour métrorragie et tumeur abdominale. Elle perd tous les quinze jours, toutes les trois semaines, depuis une année, éprouvant des douleurs assez pénibles dans le bas-ventre et dans les reins.

Le toucher vaginal indique un col petit, un utérus volumineux, comme un utérus gravide de deux mois et demi,

refoulé en arrière par un fibrome développé dans sa paroi antérieure.

Opération, le 4 mai 1904. — Faite par M. Goullioud. Après laparotomie, on tombe sur un fibrome unique, interstitiel, développé sur la paroi antérieure, parfaitement justiciable de myomectomie. Celle-ci est faite facilement, sans incident particulier.

La tumeur enlevée a la grosseur d'une orange. Comme il y a un peu de suintement, on place un drain dans le bassin.

Les suites furent simples.

L'intérêt du cas sera de savoir quelle influence l'opération aura sur la trop grande abondance des règles.

OBSERVATION XXVII

Myomectomie pour petit fibrome utérin, au cours d'une intervention pour kyste de l'ovaire gauche.

M^{lle} Marie G. . . , religieuse, 39 ans. Il s'agit d'une malade sur laquelle M. Goullioud intervint, le 25 mai 1904, pour une tumeur ovarienne. L'exploration de l'utérus le fit connaître porteur de petits fibromes gros comme des œufs, l'un sur la face postérieure, l'autre sur la face antérieure.

On les énucléa par une double myomectomie suivant le procédé habituel.

Les suites simples furent suivies de guérison.

OBSERVATION XXVIII

Myomectomie pour deux petits fibromes utérins. Guérison.

M^{me} Éva C. . . , 35 ans, mariée à 25 ans, jamais d'enfant, ni fausse couche. Bien réglée. Entrée à l'hôpital, le 17 mai 1904, pour douleurs et tumeur abdominales, qui ont commencé il y a une année.

A l'examen, nous constatons une tumeur liquide, fluctuante, remontant à l'épigastre, On croit à un kyste de l'ovaire.

Au toucher vaginal, on sent, dans le Douglas, rattachée à l'utérus, une autre tumeur qu'on croit être un fibrome.

Opération, le 1^{er} mai 1904 (faite par M. Goullioud).—Après laparotomie, on tombe sur un gros kyste de l'ovaire droit. Après l'ovariotomie, l'utérus présente, sur sa face postérieure, un fibromyome gros comme une orange. On décide de faire une myomectomie. qui est pratiquée suivant le procédé habituel.

On énuclée également, sur la face antérieure, deux autres petits fibromes du volume d'une noix chacun. Ces tumeurs n'offraient rien de particulier.

Les suites de l'opération furent simples et la malade partit guérie le 7 juin 1904.

OBSERVATION XXIX

Myomectomie chez une femme néphrectomisée du côté droit pour gros rein tuberculeux.

M^{me} Marie L..., 46 ans, entre à l'hôpital, le 28 janvier 1904, pour métrorragies. Mariée à 23 ans, elle a eu trois enfants, tous en bonne santé.

Depuis une année, après une suspension de ses règles pendant deux mois, fait que la malade attribuait à la ménopause, elle perd assez abondamment pendant des périodes qui durent de 8 à 10 jours.

L'affaiblissement général est allé en progressant, et des douleurs abdominales se font souvent ressentir.

A l'examen nous constatons un gros ventre ; le palper laisse percevoir deux masses une sus-pubienne et une autre habitant la fosse iliaque droite.

Au toucher vaginal on sent un col utérin porté en avant

contre le pubis et en arrière de lui une tumeur, lisse, arrondie, occupant le Douglas.

Dans le flanc droit on sent une tumeur plus grosse qu'une tête fœtale, descendant au niveau de la ligne ombilico iliaque. Elle ballotte, on pense à un rein. La séparation des urines, faite par Monsieur Rafin, le confirme en effet, et le 4 mars Monsieur Goullioud procède à une néphrectomie droite par la voie lombaire. C'était un gros rein tuberculeux rempli d'un pus caséeux.

Une fois bien rétablie de cette opération, on intervient le 20 avril pour l'ablation d'un gros kyste de l'ovaire gauche et d'un fibrome utérin interstitiel de la paroi postérieure. Une myomectomie est indiquée on l'exécute assez facilement.

Ce fibrome pesait 145 grammes, gros comme le poing. Le 14 mai, la malade, après des suites simples, quittait le service, bien guérie.

OBSERVATION XXX

Myomectomie double pour fibromes utérins. — Drainage par mèche abdominale. — Guérison

M^{me} Marie-Louise R..., 27 ans, mariée à 22 ans, pas d'enfants, fausse couche de 6 mois et demi à 25 ans. Règles toujours régulières.

Elle entre à l'hôpital le 12 septembre 1904 pour douleurs abdominales, dont elle souffre depuis deux ans, c'est-à-dire, depuis sa fausse couche.

Le toucher vaginal indique un utérus globuleux, du volume d'un utérus gravide de 3 mois ; le col est déjeté à gauche, fermé, non ramolli. Nous pensons à un fibrome. Vu l'âge de la malade on cherchera à faire une myomectomie.

Opération. — Monsieur Goullioud intervient le 21 septembre. Après laparatomie l'utérus apparaît, gros, couvert de grosses bosselures ; il est complètement enclavé dans le petit

bassin et difficile à amener au dehors. Néanmoins on tente une myomectomie. On commence par un myome de la face antérieure.

L'énucléation et le capitonnage au Repin se font assez facilement.

Même manœuvre sur la paroi postérieure de l'utérus, où fait saillie un autre fibrome du volume d'une mandarine. Pendant l'incision, faite double, pour circonscrire deux petits noyaux fibreux superficiels, il s'écoule un liquide puriforme, venant du tissu de la tumeur, qui est beaucoup plus molle que la précédente. L'énucléation est assez vite faite, la paroi utérine est ensuite fermée par deux plans de sutures au Repin. On referme la cavité abdominale en laissant un drainage par la paroi abdominale, au moyen d'une mèche de gaze iodoformée.

Les myomes enlevés pèsent 212 grammes.

Après des suites simples, la malade partit le 15 octobre 1904, guérie.

CHAPITRE III

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La technique que nous allons décrire est celle qui est suivie par la plupart des chirurgiens. Elle doit être inspirée par l'anatomie normale des vaisseaux utérins, l'anatomie pathologique des fibromes et les règles de la chirurgie générale. Nous ne citerons que les points importants.

A. PRÉPARATION DE LA MALADE

La veille de l'opération, la malade est purgée, baignée, nettoyée.

Nous n'avons jamais fait la dilatation de l'utérus, que conseille M. Tuffier, dans le but de faciliter le drainage cervical, si la cavité a été ouverte. Outre que cette préparation est souvent impossible lorsque le col est dejeté soit en avant derrière le pubis, soit en arrière vers le Douglas, elle ne nous paraît pas exempte de tout danger. Mais où nous portons des soins minutieux, c'est dans l'asepsie du vagin lui-même.

Le pubis rasé, lavé, on nettoie le vagin par des injections successives d'eau boriquée et de sublimé à 1 pour 1000. Ensuite il est soigneusement lavé à l'éther au moyen de tampon de gaze stérilisée.

Finalement un tampon aseptique est laissé dans le vagin. Après cela, nous considérons le péril vaginal comme réduit à sa plus simple expression. Du côté de la paroi abdominale, toutes les précautions usitées par la préparation d'une laparotomie sont prises.

B. OPÉRATION

La malade est sous anesthésie générale, l'abdomen est ouvert, la valve sus-pubienne est placée. C'est alors qu'on se rend compte de la disposition topographique des fibromes, de leur nombre et de leurs rapports, qu'on fait un diagnostic précis, et qu'il est possible de poser l'indication opératoire définitive; il ne faudra pas oublier de faire un examen des annexes, car c'est de leur état souvent, de leur position que dépendra le sort de l'utérus.

Le choix fait de la myomectomie, il faut chercher à faire l'incision médiane, avasculaire, recommandée par Tuffier, autant que le permet le siège de la tumeur. Toutefois, on se laissera plutôt guider par les circonstances, par les diverses variétés topographiques, sans vouloir s'obstiner à une seule incision. En effet, les incisions à travers le muscle utérin donnent peu de sang. On pince d'ailleurs au fur et à mesure de leur section, les vaisseaux divisés. Une situation trop éloignée des tumeurs doit faire pratiquer des incisions multiples antérieures ou postérieures.

D'une manière générale, les fibromes se décortiquent bien; ils sont énucléés souvent sans qu'on ait à faire une seule ligature. Un simple tamponnement laissé

pendant la durée de l'opération suffit en général, quand on ne rencontre pas de grosses veines, qu'on sectionne d'ailleurs entre deux pinces.

Pendant la décortication, il faut, c'est un principe important, se tenir au ras de la périphérie du fibrome, afin de faire le moins d'échappées possible vers la muqueuse utérine, qu'on doit s'efforcer de respecter.

On enlève les premiers fibromes qui se présentent, on élimine les noyaux protagonistes, et l'on a ainsi une place plus nette pour aller de l'avant s'il y a lieu. On doit faire une recherche méticuleuse de tous les fibromes, et comme le dit très heureusement Longuet : « Il faut les chercher comme les séquestres dans l'ostéomyélite ».

L'énucléation terminée, le parenchyme utérin reste creusé d'énormes cavités, qui bientôt diminuent sous le seul fait de la rétraction utérine. Pour le bon fonctionnement ultérieur du muscle utérin, nous ne croyons pas qu'on doive réséquer la coque utérine. Un simple capitonnage suffit.

On procède à ce capitonnage par un premier surjet qui ne laisse aucun point mort au fond de la coque. Souvent un second surjet est nécessaire pour la tranche de section épaisse de la paroi utérine, et enfin, un surjet superficiel séro-séreux parachève la suture et l'hémostase.

On se sert pour ces surjets d'aiguilles courbes et rondes, comme des aiguilles intestinales, mais de grandes dimensions.

Dans un cas d'hémorragie post-opératoire grave, on s'était servi d'une aiguille de Reverdin un peu grossière et tranchante.

On emploie pour ces surjets un catgut résorbable ; mais nous recourrons pour un surjet au moins ou pour quelques points de renforcement, à un catgut lentement résorbable, au catgut chromique, par crainte d'une déhiscence secondaire de la coque suturée.

Dans deux ou trois cas, parmi les observations que nous avons publiées, un fil a été placé en passant sur les hypogastriques. Cette ligature évidemment peut faciliter l'hémostase immédiate, car nous avons vu pâlir des fibromes au moment du serrement du fil ; mais elle n'a pas d'action durable.

Le plus souvent, dans nos trente cas, il n'y a pas eu de drainage, même après ouverture de la cavité utérine, et lorsqu'il a été fait il a toujours été fait par une mèche de gaze iodoformée à travers le Douglas, tirée ultérieurement par le vagin.

Si après l'énucléation, l'utérus était peu soutenu par suite de laxité ligamentaire ou de perte de substance résultant d'extirpation de noyaux fibreux au niveau du segment inférieur ou moyen, si la matrice présentait une déviation trop accentuée, si elle était versée, fléchie ou prolapsée, il serait utile de compléter l'opération par une hystéropexie abdominale ou par un Alquié-Alexander suivant les circonstances. Nous avons été le témoin de plusieurs faits de ce genre en opérant avec notre maître Goullioud.

Avant de suturer la paroi abdominale il faut bien s'assurer d'une hémostase parfaite. Il est bon d'abaisser le grand épiploon retroussé pendant l'opération et d'éviter ainsi la nudité des intestins. On veillera à ce que l'utérus ne soit pas au contact direct de l'intestin grêle,

mais en rapport avec l'épiploon, ou le gros intestin, dans sa partie iliaque.

En agissant ainsi, on mettra le malade à l'abri, en partie du moins, d'adhérences pouvant avoir de l'occlusion comme conséquence fatale.

La suture de la paroi abdominale se fera comme à l'ordinaire, selon le goût ou les habitudes de chacun en un ou plusieurs plans, au catgut, au crin, au fil d'argent, voire même au tendon de renne ou au fil en celluloid, sans oublier les agrafes, etc., etc. Cela n'a qu'une importance de deuxième ordre pour ce qui concerne notre travail tout au moins.

C. SUITES OPÉRATOIRES

Dans nos cas les suites opératoires ont été en général simples. Cependant, dans quelques cas, il y a eu de la fièvre, sans réaction péritonéale, fièvre qui a été attribuée à la formation et à la résorption d'un hématocele post-opératoire et comparée à la fièvre des fractures.

Chez une malade (obs. XXV) les suites furent graves et inquiétantes, quoique devant se terminer par la guérison.

Il s'agissait d'une femme de 41 ans, mariée à 35 ans, ayant déjà un fibrome. Elle souhaitait vivement une grossesse; aussi, avait-on décidé de faire, s'il était possible, une myomectomie. Sous cette impression, on se laissa entraîner à une myomectomie un peu hardie: la malade était affaiblie par des pertes antérieures, on dut faire une double incision sur des fibromes multiples, et la cavité utérine fut très largement ouverte.

Heureusement, on avait fait la ligature des hypogastriques et drainé. La malade eut de la fièvre, un pouls très rapide (140), mais elle finit par bien guérir.

Il n'en fut malheureusement pas de même chez une autre malade (obs. XXIII), la seule morte que nous ayons dans notre statistique. Il s'agissait d'une religieuse, jeune, chez qui la myomectomie ne présenta aucune difficulté spéciale, mais une hématocele post-opératoire, se produisit avec peu de réaction péritonéale au début, avec un tracé rapidement ascendant. C'était la vingt-deuxième opérée de notre maître, M. Goullioud. En ayant vu guérir précédemment, malgré un peu de fièvre, le chirurgien ne s'alarma pas. Le sixième jour, au soir, les phénomènes péritonéaux apparaissent; le septième jour, un large débridement vaginal est fait, donnant écoulement à du sang altéré. Malheureusement, ce débridement était trop tardif et la malade succombait le huitième jour.

Cette malade est bien morte du fait de la myomectomie, puisque les accidents ont pris naissance par suite du suintement sanguin péritonéal post-opératoire, complication un peu spéciale à la myomectomie.

Probablement, cette malade aurait guéri par l'hystérectomie, mais d'autre part, on ne saurait affirmer qu'aucune des 29 autres malades guéries, n'aurait pu succomber par suite d'une complication imprévue à la suite de l'hystérectomie. Nous ne pouvons donner une statistique très exacte de la gravité comparée de l'hystérectomie et de la myomectomie abdominales. Les cas sont peu comparables, puisqu'en somme les cas, où la myomectomie a été faite, étaient plutôt favo-

rables. Voici des chiffres que nous avons recueillis dans le service de M. Goullioud.

En 1901, 21 cas d'hystérectomies et de myomectomies réunies, n'ont donné aucun décès.

En 1902, 29 cas donnent une mort à la suite de l'hystérectomie.

En 1903, sur 34 cas, c'est à la myomectomie que nous devons une mort.

Nous pouvons donc conclure que, d'après nos observations personnelles, la myomectomie n'est pas une intervention sensiblement plus grave que l'hystérectomie.

Notre mortalité est de 3,3 pour 100. Notre cas de mort est un exemple attristant de ce risque opératoire, que nous n'avons pas pu encore supprimer dans nos interventions abdominales.

D. RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Presque toutes nos opérées, qui ont fait l'objet de nos observations, ont été revues dernièrement.

Pour apprécier ces résultats lointains, nous considérons l'âge des malades et la disposition des tumeurs.

Une malade, âgée de 64 ans (obs. XXII), présentait un fibrome mal pédiculé du fond de l'utérus. Ce fibrome, qui devait dater de quelque vingt ans et ne s'était pas atrophié avec la ménopause, présentait, sur sa face en rapport avec la paroi abdominale, une large plaque cartilagineuse; une plaque semblable et correspondante existait sur le péritoine pariétal. Cette malade fut opérée pour des crises récidivantes d'occlusion intestinale. Ces crises ont cessé depuis l'opération.

•

Nous sommes tenté de les attribuer à un pincement de l'intestin entre les plaques cartilagineuses, et vu ce danger, il y avait intérêt à opérer son fibrome sans qu'il soit utile, à cause de son âge, de sacrifier l'utérus. De récentes nouvelles nous apprennent qu'elle est en parfaite santé.

Une femme de 50 ans présentait également un volumineux fibrome du fond de l'utérus; elle fut opérée par myomectomie. Cinq ans après, la malade était en parfaite santé et ce résultat était à prévoir.

Pour les femmes opérées vers l'âge de 40, ans et qui sont au nombre de 10, toutes moins une sont restées bien guéries.

Nous avons pu remarquer chez quatre ou cinq comme une sorte de ménopause précoce, alors que dans les fibromes, l'arrêt des règles est au contraire, en général différé.

Ainsi M^{me} C..., opérée à 39 ans, d'un fibrome de 1,700 grammes, et revue cinq ans après, avait déjà, à 44 ans, de longues périodes d'aménorrhée.

Il en est de même chez d'autres malades, où se fait sentir la ménopause : la guérison, qui s'est maintenue trois ou quatre ans, sera définitivement assurée, la ménopause étant atteinte.

Cependant c'est dans cette série que nous trouvons notre seul insuccès, au point de vue de la récédive.

Il s'agissait d'une vieille fille de 39 ans, hystéro-épileptique, ayant des antécédents, chez qui M. Goulioud fit l'énucléation d'une tumeur de 400 grammes. Une opération conservatrice lui avait semblé particulièrement indiquée par l'état cérébral de la malade,

qu'il ne voulait pas aggraver par une ménopause anticipée. On joignit à la myomectomie la ligature d'une hypogastrique. La malade, qui avait de grosses pertes, fut soulagée pendant les premiers mois, mais, dix-huit mois après, on fut conduit à lui faire une hystérectomie pour récurrence et à lui enlever ainsi des fibromes du poids de 300 grammes.

Cette observation fait ressortir un des inconvénients possibles dont on a vite fait grief à la myomectomie, nous voulons dire la reproduction des fibromes obligeant à une opération nouvelle. Mais, d'après l'expérience de notre maître M. Goullioud, cet accident doit être rare et un cas de récurrence observé de loin en loin ne pourrait être une objection suffisante pour condamner une opération qui conserve à la femme la possibilité de la grossesse et plus encore la conservation de l'importante fonction de la menstruation. L'ennui d'une seconde opération ne serait-il pas compensé par la conservation de la vie génitale normale pendant nombre d'années ?

C'est surtout chez les femmes plus jeunes, femmes opérées autour de 30 ans, que l'on pourra peut-être dans l'avenir avoir à redouter ces récurrences bénignes. L'expérience que nous pouvons tirer de nos observations est à ce point de vue certainement un peu courte. Néanmoins les cas que nous avons observés nous ont paru jusqu'ici tirer un bon profit de la myomectomie.

Qu'il nous soit permis d'en citer quelques-uns.

M^{lle} G... (obs. I) opérée à l'âge de 33 ans d'un fibrome interstitiel de la paroi postérieure, n'a pas de récurrence huit ans après.

Elle est atteinte actuellement d'une maladie de Basedow, et l'on peut se demander si la suppression de la menstruation n'eût pas retenti fâcheusement sur son système nerveux. Toujours est-il qu'elle est restée bien guérie au point de vue local.

M^{me} B... opérée à l'âge de 30 ans, est revue quatre ans après, avec un utérus normal, bien guérie.

M^{lle} C... institutrice, opérée à l'âge de 34 ans par énucléation d'un fibrome interstitiel est revue trois ans après, très satisfaite, sans récurrence. Les règles jadis, ménorrhagiques, sont plutôt faibles.

Le cathétérisme utérin, fait exceptionnement chez elle, et qui était de 11 centimètres, n'est plus actuellement que de 7 centimètres, il y a eu là une régression manifeste de l'organe, une rétraction notable de l'utérus.

Excellent résultat aussi chez une femme de 27 ans, qui portait un fibrome de 2 kil. 500, développé dans la corne droite de l'utérus. L'utérus s'est étrangement rétracté et paraît d'un volume moindre que le volume normal.

Malgré ses bons résultats de la conservation utérine nous n'avons observé aucun cas de grossesse à terme chez nos opérées. Une seule nous a accusé un retard de règles de 15 jours, suivi de coliques utérines et de pertes avec caillots. Nous avons probablement eu à faire chez cette femme, M^{me} R..., à une fausse couche.

La moitié de nos opérées, il est vrai, sont célibataires; une est veuve, d'autres sont encore trop récemment opérées, pour pouvoir juger d'une manière absolue des résultats éloignés.

Elles peuvent encore nous réserver d'agréables surprises dans l'avenir.

Dans notre historique nous avons rapporté plusieurs cas de grossesses à terme après énucléation ; ces heureux résultats doivent être d'un bon encouragement pour le chirurgien.

En résumé, nos trente cas de myomectomie nous ont donné un cas de mort, un cas de récurrence nécessitant une hystérectomie secondaire. Dans tous les autres cas nous pouvons estimer le résultat comme bon ; les malades se considèrent comme guéries.

Nous croyons à une action régressive sur l'utérus du fait de l'opération, d'où la ménopause anticipée chez les femmes les plus âgées et chez les plus jeunes la diminution des pertes et la rétraction de l'utérus.

Nous restons donc partisan de la myomectomie, à la condition que les indications en seront limitées aux cas favorables : tendance au développement sous-péritonéal des tumeurs, nombre limité de celles-ci, facilité de leur énucléation, leur enkystement. Quant à vouloir supplanter par emportement néophytique, l'hystérectomie abdominale par la myomectomie transpéritonéale, c'est dépasser la mesure ; et si nous croyons aux empiètements futurs de la myomectomie sur l'hystérectomie, celle-ci n'en restera pas moins, en gynécologie, une opération nécessaire, avec des indications plus restreintes, mais plus précises.

Il y a des cas où l'on doit hystérectomiser ; des cas, où l'on doit myomectomiser.

Il y a des cas où il est permis d'hésiter entre l'hystérectomie et la myomectomie. Dans ces cas douteux,

l'expérience, le flair et le bon sens clinique du chirurgien commanderont le sacrifice ou la conservation de l'organe.

Des succès concernant des cas, même difficiles et compliqués, permettent d'affirmer la valeur de la myomectomie, à qui nous devons donner droit de cité gynécologique sans parti pris. Nous ne voyons pas pourquoi l'utérus devrait toujours expier pour son produit pathologique.

CHAPITRE IV

INDICATIONS — CONTRE-INDICATIONS DISCUSSION DES CRITIQUES ADRESSÉES A LA MYOMECTOMIE

Indications.

Les fibromes utérins par leur siège, leur volume leur forme et leur nombre doivent imposer au chirurgien des indications opératoires différentes.

A quelles variétés topographiques et morphologiques, à quel volume, à quel nombre de fibromes, l'énucléation abdominale trans utérine s'adresse-t-elle? Telle est une des principales questions intéressantes à discuter.

Dans nos observations un bon nombre de cas correspondent à des fibromes sous-péritonéaux mal pédiculés ou sessiles, mais à développement excentrique. Beaucoup partent du fond ou des points voisins des faces antérieure ou postérieure. L'utérus forme le pédicule de la tumeur. Nous dirons donc que l'énucléation abdominale trans utérine s'adresse à tous les fibromes, où qu'ils siègent, sur les faces, sur le fond, au niveau de la portion supra-vaginale du col. Les fibromes intraligamentaires sont également, comme une de nos observations le prouve, susceptibles d'énucléation.

Pour nous la myomectomie abdominale s'impose, particulièrement au fibrome sous-péritonéal, sessile ou interstitiel. Les fibromes sous-péritonéaux et sessiles ont un développement ficale: ils peuvent atteindre un grand volume. Ils avaient dans nos cas, les poids suivants : 2 kilog. 500, 1 kilog. 700, 2 kilog. 500, 4 kilog. 100, 5 kilog. 200, 7 kilog. 600, etc. Le pouvoir regressif que la ménopause amène souvent sur les fibromes sous-muqueux ou intrapariétaux n'influence aucunement ces sortes de tumeurs, témoin notre malade de 64 ans. Il faut donc les opérer mais il est bien inutile d'enlever l'utérus. Quant aux fibromes interstitiels auxquels nous nous sommes attaqués ils sont d'un développement moins rapide, et atteignant un volume moindre. Dans nos cas le plus volumineux pesait 2 kilog. 500; les autres présentent des poids ne dépassant guère 800 grammes à 900 grammes. Ici les rapports avec la cavité utérine deviennent tels, que celle-ci risque plus d'être ouverte. Trois fois cet accident est arrivé dans nos cas, sans qu'il en soit résulté des suites fâcheuses.

Quoique nous ne soyons pas partisan de l'énucléation sur les utérus farcis de fibromes, soit à cause des difficultés opératoires, soit à cause des récidives trop fréquentes dans ces sortes de tumeurs où l'utérus est un semis de fibromes, la pluralité des noyaux fibreux n'est pas par elle-même une contre-indication à la myomectomie. Ce que nous cherchons c'est l'ablation complète de tous les fibromes, de tous les noyaux fibreux, sans trop mutiler l'utérus. Quant on se trouve en présence d'une véritable germination

dans les parois utérines de nodules fibreux petits, quand il y a une espèce de fibromatose aiguë, nous pourrions dire de granulie fibreuse aiguë, on doit renoncer à l'espoir d'une conservation de l'organe et l'hystérectomie totale s'impose.

Il est des cas où il n'existe pas autour des noyaux fibreux de capsule qui puissent permettre l'énucléation. Dans ces cas, si on enlève la tumeur, d'ailleurs au prix de grandes difficultés, provenant surtout de l'hémostase, il faudra dans la suite bien surveiller la malade et s'il y a récurrence, bien vite nous en arrivons à une éradication totale de l'utérus; car on a des chances de se trouver, dans ces circonstances en présence de tumeurs à tendance maligne, tel que du léiomyome malin. Une de nos malades nous avait donné sous ce rapport des inquiétudes, que le temps et l'examen histologique de la pièce ont fait disparaître.

Nos observations nous font voir que la myomectomie abdominale peut être exécutée à tous les âges. Notre plus jeune malade avait 26 ans, la plus âgée 64 ans.

Chez la jeune femme, la question de l'âge a une très grosse importance pour faire chez elle une myomectomie ou une opération radicale : c'est qu'en dehors de la fonction ovarienne et menstruelle, il y a intérêt à respecter la possibilité de la conception. Nous croyons que le simple désir de la femme de conserver sa capacité maternelle sera suffisante, au-dessous de 38 à 40 ans, pour faire accepter cette intervention.

Chez les femmes approchant la ménopause et les femmes âgées, l'utérus, comme les ovaires, n'est point un organe inutile, bien que délaissé : il mérite le res-

pect opératoire, ne serait-ce que pour l'utilité de ses attaches ligamentaires dans la statique pelvienne, d'autant qu'il s'agit souvent, chez elles, d'abdomens plus ou moins ptosiques. L'énucléation est très possible chez la femme enceinte; et, dans certains cas d'utérus gravide, accompagnés de fibrome, la myomectomie s'impose :

1° Quand la gravidité s'accompagne de phénomènes douloureux et persistants;

2° Quand la situation du fibrome paraît incompatible avec un accouchement normal. Il faut alors intervenir le plus tôt possible pour éviter les risques d'avortements causés par la présence de ce fibrome et surtout les complications possibles au moment de l'accouchement ;

3° Quand la présence d'un fibrome aura déterminé un ou plusieurs avortements, l'indication d'une telle opération se posera d'une façon très légitime.

Telles sont les indications de myomectomie sur utérus gravide établies par M. Condamin, dans une communication faite à la Société de chirurgie de Lyon, le 10 décembre 1903.

Contre-indications.

Ces contre-indications tirent leur cause, soit de l'état de la malade, soit de certaines conditions inhérentes aux fibromes eux-mêmes. L'albuminurie, les phénomènes urémiques graves, les dégénérescences graisseuses cardiaques, hépatiques, le diabète, comme pour toutes les interventions en général, commande-

ront l'abstention opératoire en face d'un fibrome utérin. Dans certains cas, où on peut être hésitant, ce sera affaire de sens clinique pour discerner si l'on peut prendre sur soi de tenter d'améliorer l'affection médicale, en supprimant le fibrome, ou si l'on doit abandonner la malade à elle-même. Lorsque la pluralité des noyaux fibreux est telle que l'utérus en est pour ainsi dire criblé, lorsque la matrice est atteinte de fibromatose généralisée, de granulie fibreuse, oserions-nous dire, par comparaison, nous croyons qu'il est puéril alors de vouloir songer un instant à supprimer toute cette semence fibreuse en germination.

Nous pensons également qu'à dans les cas de pluralité l'extirpation énucléatrice ne doit pas être poussée à l'extrême. Elle a une limite et cette limite est indiquée par l'état dans lequel elle laissera l'utérus après l'opération. Lorsque le chirurgien n'a plus entre les mains qu'un utérus disloqué, mutilé à l'extrême, affolé, mou, aréolaire comme une éponge, mieux vaut, croyons-nous, supprimer laconiquement cet organe misérable et incapable de continuer à remplir ses fonctions.

Les rapports des fibromes avec le tissu utérin sont bien plus importants encore à considérer que leur nombre. L'énucléation s'impose chaque fois que la tumeur est bien ankystée, munie d'une capsule, isolant pour ainsi dire le fibrome au sein du parenchyme utérin.

Mais il est une autre variété, qui, celle-là, même lorsqu'elle est unique et bien placée devient inaccessible à la résection et indique nettement l'hystérectomie, qui devra être totale. M. Tuffier l'indique très

bien dans sa monographie clinique du 27 juin 1904 sur l'énucléation des fibromes utérins : « Ce sont, dit-il, des indurations fibreuses, fibromes histologiques qui se continuent de tous les côtés, sans lignes de démarcation aucune avec le parenchyme utérin. J'ai deux fois rencontré cette forme anatomo-pathologique : dans mon premier cas, j'ai pratiqué de suite l'ablation ; dans le second, j'ai voulu réséquer la masse entière par morcellement et en dépassant largement les limites du mal ; je me suis aperçu que je ne faisais qu'une mauvaise besogne, mal réglée, incertaine et encore incomplète. Seuls, ajoute-t-il, les fibromes diffus sans limitation anatomique possible, commandent toujours l'hystérectomie que je ferais totale. » Comme pour M. Tuffier, le manque de zone capsulaire dans les fibro-myomes utérins contre-indique pour nous l'énucléation.

Discussion des critiques adressées à la myomectomie.

Peu d'opération, surtout en France, n'a été plus critiquée que l'énucléation abdominale. Si aujourd'hui la myomectomie est à l'ordre du jour dans les sociétés de chirurgie et les congrès, il est certain qu'elle fut longtemps combattue par les apôtres irréductibles de l'hystérectomie, qui aujourd'hui lui donne droit de cité gynécologique.

On a accusé la myomectomie d'exposer à des hémorragies primitives ou secondaires graves. En vérité toute opération expose à ce danger, et quel est le chirurgien qui n'a pas vu des cas mortels par suite d'hémorragie, après une hystérectomie ? Plusieurs fois nous

avons signalé dans nos observations des hématoécès post-opératoires, qui se sont résorbées, sans réaction péritonéale.

Le seul accident, souvent inévitable, pendant cette opération, c'est l'ouverture de la cavité utérine. Nous ne pouvons partager l'opinion de ceux qui regardent cette ouverture comme une contre-indication de l'énucléation. Evidemment, il vaut mieux, quand on le pourra, éviter la section de la muqueuse de l'utérus, ce sera une sécurité de plus, mais lorsque l'accident arrive, il y a indication spéciale à drainer l'abdomen. Le procédé de drainage que nous préférons est le drainage par le Douglas. Un bon drainage nous paraît une des meilleures garanties de la chirurgie abdominale.

Mais le grand reproche fait à la myomectomie a été celui d'être une opération insuffisante, exposant à la récurrence, parce que, dans nombre de cas, elle laisserait enfouis dans le muscle utérin, des noyaux fibreux insoupçonnés, dont le développement ultérieur obligerait à une nouvelle intervention.

Il n'y a pas lieu de voir là une contre-indication absolue. La question de l'insuffisance opératoire est parfaitement vraie pour la fibromatose utérine ; mais les cas d'utérus fibromateux contenant une quantité de nodules fibreux incalculables ne sont pas du tout fréquents. Engström sur une série de cent énucléations abdominales, relève 63 cas de tumeurs solitaires ; dans les 37 autres il a constaté généralement de 2 à 5 noyaux. Parmi les trente cas que nous avons publiés nous n'avons eu qu'un seul cas de récurrence, qui a nécessité une hystérectomie secondaire.

Cette récurrence, M. Tuffier, qui est un fervent partisan de l'énucleation, ne l'a pas encore vue sur ses 52 malades. D'ailleurs que veut dire ce mot de récurrence ? Il est faux s'il s'adresse aux noyaux méconnus non extirpés et qui se sont développés ultérieurement de façon à devenir appréciables à leur tour. Il y a eu développement secondaire, continuation évolutive et non vraiment récurrence. Il se peut qu'après une énucléation abdominale, l'utérus soit complètement débarrassé, et il se peut fort bien encore que deux ou trois ans après, évoluent de nouveaux noyaux dont les germes n'existaient pas quand on a opéré la première fois.

Est-ce parce qu'un organe peut-être malade d'origine qu'on doit l'amputer ? Notre incrédulité est grande en face de ces formidables statistiques d'hystérectomie sans un seul cas d'énucleation, nous ne pouvons pas croire que, par exemple, sur 200 hystérectomies abdominales totales, il n'y ait pas un utérus qui n'ait pu trouver grâce devant le chirurgien.

Enfin la possibilité de conserver l'utérus vaut, à nos yeux, le risque d'une récurrence, qui n'est pas du reste fatalement mortelle, et, qui est, en somme rare, on peut le répéter. Croyez-vous que chez une femme jeune, dix ou quinze ans de menstruation soient un facteur physiologique négligeable ? Nous croyons que, même en dehors de la possibilité d'une grossesse, il y a pour l'équilibre de la santé générale un gros avantage à conserver à une femme sa vie génitale normale.

Quant au facteur de gravité de la myomectomie, nous ne pensons pas qu'il soit plus grand que celui de l'hystérectomie abdominale totale.

Toutefois, sous ce rapport, nous ne nous prononçons qu'avec réserve.

Nos trente cas de myomectomie nous ont donné un cas de mort. Ce qui donne la proportion de 3,3 pour 100.

Quel est le pourcentage de gravité parallèle de l'hystérectomie totale et de l'énucléation abdominale? Voici quelques chiffres :

D'abord pour l'hystérectomie abdominale :

En 1890, l'hystérectomie à pédicule perdu se soldait par 28 pour 100, et à pédicule externe par 24 pour 100 de mortalité. Plus tard, la chirurgie abdominale se perfectionnait ; sur une période de 1896 à 1899, Terrier avoue une léthalité de 28,8 pour 100, en 1899, Treub arrive à 11 pour 100, Bouilly à 7,4 pour 100 et Legueu à 6,7 pour 100 de mortalité.

Voici la proportion pour la myomectomie :

En 1890, A. Martin présente une statistique de 96 cas avec 18,75 pour 100 de mortalité, ce qui était considérable, mais il s'agit d'une époque déjà éloignée de la vraie période aseptique actuelle.

En 1891, Chevrier rassemble 125 cas avec 16 pour 100 de mort, et ce résultat le remplit déjà de joie.

En 1897, Engstrœm publie une statistique de 100 cas avec 5 pour 100.

En 1899, Longuet réunit les cas d'énucléation opérés depuis 1890 et arrive au chiffre déjà bien réduit de 4,92 pour 100.

En 1900, Ferendinos arrive au chiffre de 3,1 pour 100 ; Zwibel, écho de Tuffier, donne la proportion de 2,5 pour 100.

Notre maître M. Goullioud, peut donner actuellement une moyenne de 3,3 pour 100.

L'avantage apparent se trouve nettement du côté de l'énucléation abdominale, suivant ce parallèle, qui repose sur des bases mathématiques, mais qui n'en a pas la rigueur, car l'on sait la valeur qu'il faut attacher aux statistiques globales. Ainsi donc nous serions amenés à penser que l'opération conservatrice est plus bénigne ; mais, d'un autre côté, nous formulerons quelques réserves à ce sujet, et nous laisserons à l'avenir le soin de trancher la question.

Il est un phénomène particulier que plusieurs chirurgiens ont remarqué dans les résultats éloignés de leurs myomectomies. Notre maître, M. Goullioud, l'a observé souvent et il l'a mis en évidence dans sa communication faite à la Société de chirurgie de Lyon, en janvier 1904. Il s'agit d'une action regressive sur l'utérus du fait de l'opération elle-même. La myomœnucléation diminuerait l'état d'éréthisme vasculaire de l'utérus, mettrait une fin aux processus congestifs dont cet organe est le siège. La suppression des gros noyaux fibreux, à elle seule, serait en même temps une suppression des phénomènes irritatifs, qu'ils entretiendraient dans leur voisinage. On aurait même lieu d'espérer, après une myomectomie, voir s'atrophier ainsi les fibro-myomes minuscules qui échappent au chirurgien et rétrocéder les tumeurs débutantes. Il est probable que les troubles circulatoires, provoqués par l'hystérotomie et les sutures, contribueront pour une part à diminuer les chances de récurrence.

Nous croyons donc à une action regressive sur

l'utérus du fait de l'opération, d'où la ménopause anticipée chez les femmes qui approchent cette phase génitale et la diminution des pertes chez les plus jeunes. En un mot, il y a rétraction de l'utérus après la myomectomie.

CONCLUSIONS

- I. Le but idéal de la chirurgie est de concilier le principe de l'ablation des tumeurs avec celui de la conservation des organes, surtout s'il s'agit de tumeurs bénignes. Ce principe, d'ordre général, est d'autant plus applicable aux fibromes, que précisément leur disposition anatomo-pathologique, presque toujours indépendante et circonscrite, permet souvent de les enlever sans sacrifier l'organe.

- II. Les raisons qui militent en faveur de la myomectomie sont surtout d'ordre physiologique. En effet, au point de vue physiologique on doit s'efforcer de ne pas supprimer les fonctions multiples d'ovulation de fécondation, de reproduction et de menstruation. L'intangibilité du pouvoir procréateur, lorsqu'il est compatible avec l'état de santé, est un principe dont il ne faut jamais se départir. Le chirurgien doit craindre les conséquences fâcheuses des opérations radicales telles que : l'atrophie du vagin et tous les malaises d'une ménopause anticipée.

III. Les indications de la myomectomie sont fournies par la tendance des tumeurs au développement sous-péritonéal. L'enkystement du fibrome, le petit nombre de noyaux fibreux doivent pousser à la myomectomie, tandis que la présence de noyaux incalculables, la fibromatose utérine et la forme diffuse doivent s'y opposer. — Plus la femme est jeune, plus il y a intérêt à conserver sa vie génitale. — On doit aussi tenir compte de quelques considérations morales, tel que le désir de la conservation de la fécondité.

IV. Les cas de grossesses après myomectomie, sans être très nombreux, sont assez fréquents dans les statistiques. En obstétrique, il y a, d'ailleurs, un réel avantage à énucléer ces fibromes bas placés, qui enclavent l'utérus au cours de la grossesse.

V. La gravité opératoire de la myomectomie n'est pas telle qu'elle doive faire renoncer aux avantages de cette opération. Les statistiques lui donnent une gravité moindre que l'hystérectomie. Quant à nous, nous croyons qu'elle est plus difficile et plus dangereuse, mais si on sait en préciser et en limiter les indications, sa gravité n'est sûrement pas supérieure. Notre statistique personnelle nous donne une léthalité de 3,3 pour cent.

VI. Des résultats lointains nous permettent d'affirmer la valeur curative de la myomectomie. Elle est de plus suivie d'une sorte de régression utérine. Pour nous, cette rétraction post-opératoire de l'organe hâte la ménopause et s'oppose à la récurrence. Celle-ci est, par suite, rare ; et la possibilité d'une récurrence lointaine n'annihile pas la valeur de cette méthode opératoire.

La myomectomie abdominale est donc une opération très légitime qui doit prendre à côté de l'hystérectomie une place importante dont l'avenir fixera sans doute mieux les limites.

VU :

Le Président de la Thèse,

M. POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 16 novembre 1904.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

KIMBALL (G.). — *Boston med. and surg. J.*, mai 1855, t. LII, p. 249.

PEAN. — *Union médicale*, décembre 1869.

PEAN et UDRY. — Hysterotomie, de l'ablation totale ou partielle de l'utérus par la gastrotomie, Paris, 1873.

PÉAN. — *Ann. de Gynécologie*, 1885.

POZZI. — De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus. Thèse d'agrégation, Paris, 1875.

SPENCER WELLS. — Cité par Zweifel. Die Stielbehandlung bei Myomectomie, p. 82. Cité par S. Pozzi, traité, p. 328.

SPIEGELBERG. — *Archiv. für Gynæk.*, 1874, Bd IV, p. 340.

MARTIN (A.). — *Naturforscherversammlung Cassel*, 1878 ; *Deutsch. medicin Wochenschrift*, 1880, n° 27, p. 357 ; *Verhandlungen der Gynæk.*, section der 57 ten Versammlung deutscher Naturforscher, Magdeburg, 1884 ; Ueber Myomoperationen in *Centralblatt für Gynæk.*, 1890, p. 767 ; *Zeitschrift für Geburtshülfe*, 1890, vol. 20, S. 12 ; *Verhandlung der deutsch. Gessellsch. für Gynæk.* Congress Breslau, 1893, S. 245.

VAUTRIN. — Sur le trait. chir. des myomes utérins. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

BURKHART. — *Deutsche medical Wochens.*, 1880.

MOERICKE. — *Zeitschrift für Gynæk.*, 1882, Bd. 7, S. 418.

SCHROEDER. — Société de Gynécologie de Berlin, mai 1883.

KUSTNER. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1884, n° 1, p. 6.

HAGER. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1886, n° 40, p. 649.

- NAGEL. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1886, n° 34, p. 497.
- CZEMPIN. — Société de Gyn. de Berlin, oct. 1886.
- VEIT. — *Berliner Klinik Wochenschrift*, 1887, n° 47, S. 753.
- LÉOPOLD. — Soc. obstét. de Dresde, séance du 7 janvier 1886.
Centralblatt für Gynæk., n° 10, 15, 17, 1886.
- FROENKEL (E.). — *Breslauer Zeitschrift*, 1887, n° 4 et 1888, n° 18.
- FREUND (H. W.). — Zur Entfernung submucosen Myome durch die
Laparotomie. *Centralblatt für Gynæk.*, 1888, n° 49, p. 801.
- SIMON (Jules). — *Münchener medic. Wochenschrift*, 1894.
- OLSHAUSEN. — Klinische Beiträge zur Gynæk. und Geburtshilfe
(cas de Kronlein, grossesse après myomectomie), 1884.
- OLSHAUSEN. — Die abdominal Myomoperationen. *Handbuch der
Gynæk.*, dirigé par Veit, t. II, p. 607. Wiesbaden, 1897.
- BIERNER. — *Centralblatt für Gynæk*, 1897, n° 20, S. 563.
- AMANN JUNIOR. — Achte Versammlung der deutschen Gessellschaft
für Gynæk. Berlin, 1899.
- MARTIN (A.). — XIII^e Congrès international de médecine, section
de gynécol., août 1900, Paris.
- MORINIÈRE (Vict.). — Myomectomie abdominale. Thèse Paris, 1900.
- TREUB (H.). — *Nederland Tydsch. w. Ginec.* II Part., 1885, p. 37.
Analyse in *Nouv. arch. d'obstét. et de gyn.*, 1887; repert.,
p. 20 et III^e Congrès internat. de gyn. et d'obst., 8-12 août
1899.
- BLANC. — *Loire médicale*, 15 avril 1899.
- LONGUET. — *Semaine gynécologique*, 1899, p. 401. De la chirurgie
conservatrice dans le trait. des fibromes utérins, 1899.
Progrès médical, n° 29, 30.
- JABOULAY. — *Lyon médical*, 15 novembre 1891.
- PONCET. — *Lyon médical*, 13 janvier 1895.
- TILLAUX. — *Traité de chirurgie clinique*, 1897, t. II, p. 225.
- KROENLEIN. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1890, n° 48, p. 876.
- VULLIET. — *Annales de gynécol. et d'obst.*, 1894, vol. 42, p. 344.
Congrès de Rome, 1895.

- OTTO ENGSTRØM. — Mittheilungen aus der gynæk. Klinik des Profess. Otto Engstrøm, Bd 1, H. I, 1897, p. 135 et Congrès d'Amsterdam, *Semaine méd.*, août 1899.
- WERDER. — XXIV^e Congrès de Chirurgie allemande, tenu à Berlin, 1895.
- KEITH (T.). — *British med. Journal*, 10 décembre 1887.
- SMITH (A.). — Académie de médecine irlandaise, 25 novembre *British med. Journal*, 24 décembre 1898.
- ALEXANDER (W.). — Soc. de Gynecol. anglaise, 14 avril 1898. *British med. Journal*, 21 mai 1898, t. I, p. 1329.
- BLAND SUTTON. — Soc. de Gynecol. anglaise, 14 avril 1898. *British med. Journal*, 21 mai 1898.
- SMILY. — Soc. de Gyn. anglaise, 14 avril 1898. *British med. Journal*, 21 mai 1898, t. I, p. 1329.
- STAVELY. — *The americ. gyn. and obst. Journal*, 1894, vol. 4, p. 667.
- POLK. — III^e Congrès triennal des médecins et chir. américains, tenu à Washington les 29, 30, 31 mai et 1^{er} juin 1894. Analysé in *Presse médicale*, 1894, p. 95.
- GOODELL (W.). — III^e Congrès (le même que ci-dessus), 1894. Analysé in *Presse médicale*, 1894, p. 95.
- MANN (M.). — III^e Congrès, à Washington, 1894. Analysé in *Presse médicale*, 1894, p. 95.
- ETHERIDGE. — *Journal of the americ. Associat.*, 1894, februar 3, n° 5.
- DUDLEY. — *The american gynecol. and obstetric Journal*. New-York, 1894. *Boston méd. and surgical Journal*, 1894.
- NOBLE (P.). — *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1897, vol. 48. *The Journal of the americ. medic. Associat.*, 1897.
- KELLY (H.). — *The Journal of the american Association*, oct. 1897.
- CALDERINI. — XI^e Congrès international de médecine. Rome, 29 mars au 5 avril 1894. Section de gyn. et obst.
- CARLE (A.). — Contributo allo studio dei risultati delle miomectomia. XI^e Cong. med. internaz. Roma, 1894, t. V.
- TÉMOIN. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1896, p. 419 ; Bulletin et mém. de la Société de chirurgie, Paris, 4 mars 1896. XI^e Congrès de chirurgie, Paris, 19 au 24 octobre 1896. Congrès international de médecine, section de gyn. Paris, août 1900.

- JABOULAY. — Enucléation par voie abdominale. *Médecine moderne*, 1893, n° 12.
- DOLÉRIS. — Fibromes multiples de l'utérus, traités par l'énucléation sous-péritonéale. *Bull. de la Soc. d'obst.*, Paris, 1894.
- CHEVRIER. — *Nouvelles archives d'obst. et de gyn.*, 1891, p. 201, 314 et 364.
- SEGOND. — Congrès français de chirurgie, 1895.
- MONPROFIT. — Archives provinciales de chirurgie, 1889; XI^e Congrès français de chirurgie, Paris. 18 au 23 octobre 1897.
- RICARD. — *Gaz. des hôpitaux*, oct. 1898; XIII^e Congrès français de chirurgie, octobre 1899.
- TUFFIER. — *Bulletin et mêm. de la Société de chirurgie*, 13 juin 1900; *Presse médicale*, 15 novembre 1899; *Bulletin et mêm. de la Société de chirurgie*, 29 novembre 1899; *Semaine médicale*, 16 mai 1900; *Presse médicale* du 7 novembre 1900; *Revue de gynécologie et de chir. abd. de Pozzi*, 1900; Monographies cliniques, n° 38, 27 juin 1904. Enucléation des fibromes utérins.
- FERENDINOS. — Thèse de Paris, 1900.
- ZWIBEL. — Enucléation abdominale dans le traitement des fibromes. Thèse Paris, juin 1900.
- GUNSBURG. — Contribution à l'étude de l'hystérotomie médiane antérieure abdominale ou vaginale. Thèse de Paris, 1900, n° 266.
- DARTIGUES (L.). — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. Thèse de Paris, 1901.
- MONTPROFIT. — XIV^e Congrès français de chirurgie, tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1901.
- WEST (J.). — Grossesse après myomectomie. *Med. Record*. New-York, 1901, aug. 17.
- BEYEA (Pensylvania). — Die Erhaltung der ovarien und funktionierenden Hürusgewebes ber der Hysteromyomectomie. *Univ. of Pensylvania med. Bull.*, 1901, octobre.
- RONTIER. — Séance du 17 avril, Société de chirurgie. Paris, 1902. Enucléation d'un fibrome compliquant la grossesse, accouchement à terme. *Gazette des hôpitaux*, 1902, p. 457.
- DEBET. — Fibrome compliquant la grossesse, myomectomie et grossesse à terme. Soc. de chir. 21 mai 1902. *Gazette des hôp.* 1902, p. 616.

- POLLOSSON (A.) et VIOLET. — Myomectomie chez une vierge de 34 ans. *Lyon médical*, 1903. Soc. des sciences méd., 27 mai 1903.
- TUFFIER. — Plusieurs cas de myomectomies. Soc. de chir., 28 octobre 1903. *Gaz. des hôp.*, p. 1253. Paris.
- GUNIARD et TUFFIER. — Discussion sur la myomectomie. Soc. de chir. 18 novembre 1903. *Gaz. des hôp.*, 1903, p. 1336.
- EMERSON. — The final result. in operations for myomata uteri and fibromyomata uteri. *Eng. m. Gaz.* Bost., 1903, XXVIII, 441-448.
- KRAFT. — Lausanne. Congrès français de chir. Paris, du 19 au 24 octobre 1903.
- CONDAMIN. — Myomectomie sur utérus gravide. *Lyon médical* du 17 janvier 1904.
- VILLARD. — Myomectomie ancienne, hystérectomie secondaire pour un utérus fibromateux. Soc. de chir. de Lyon, 26 nov. 1903 ; *Lyon médical* du 3 janvier 1904.
- GOULLIoud. — De la myomectomie. Soc. de chir. de Lyon, 3 décembre 1903 ; *Lyon médical* du 10 janvier 1904.
- VINCENT, VILLARD et GOULLIoud. — Discussion sur la myomectomie. Soc. de chir. de Lyon, 17 décembre 1903 ; *Lyon médical* du 24 janvier 1904.
- TUFFIER. — De l'énucléation des fibromes utérins. Paris, Monographies cliniques, n° 38, 27 juin 1904.

